

GE_GERICHTE A/2849/2017 vom 28. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2849_2017

FR: GE_GERICHTE A/2849/2017 du 28 mai 2018

IT: GE_GERICHTE A/2849/2017 del 28 maggio 2018

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1961, marié, père de trois enfants nés en 1990, 1993 et 2002, originaire d'Albanie, a exercé une activité de maçon pour B_____ Sàrl, société dont il est l'associé gérant depuis 2008, radiée le 11 mai 2015. Le 11 décembre 2009, l'assuré a été victime d'un accident. Il a glissé et chuté sur le dos alors qu'il portait une pierre ; il a présenté une contusion lombaire. L'évolution a été lentement satisfaisante, avec des douleurs lombaires persistantes ; il a repris le travail à 50% le 6 avril 2010 en évitant les travaux lourds, puis a à nouveau été en incapacité totale dès le 1 er janvier 2011. Un scanner lombaire du 12 janvier 2010 a mis en évidence des troubles discaux, un canal lombaire étroit et des troubles dégénératifs étagés. Le 15 juin 2010, le docteur C_____, FMH chirurgie, médecin de la SUVA, a estimé que les conclusions délétères de la contusion lombaire étaient éteintes. Le 30 novembre 2010, une IRM lombaire a conclu : « Pas de hernie discale ou de protrusion significative. Canal lombaire étroit sévère en L4-L5, à la hauteur du plateau vertébral supérieur de L5. ce canal étroit est induit par une arthrose des massifs articulaires postérieurs avec hypertrophie facettaire et des ligaments jaunes. Le diamètre du fourreau dural à ce niveau n'est plus que de 7 mm. Arthrose moins accusée des massifs articulaires postérieurs aux niveaux sus et sous-jacents en particulier en L5-S1. Le 10 février 2011, le docteur D_____, rhumatologie FMH, a rendu une expertise à la demande de l'assurance perte de gain. Il a conclu à un diagnostic de lombosciatalgies gauches chroniques dans un contexte de canal lombaire étroit L4-L5 sévère et de tendinobursite trochantérienne gauche avec nodule de Copemann para-lombaire gauche douloureux ; obésité. La capacité de travail était nulle comme maçon ; il pouvait s'occuper de tâches administratives avec une capacité de travail d'en tout cas 50%, voire peut-être plus en fonction de l'évolution. Le 5 avril 2011, le docteur D_____ a proposé des infiltrations : une ankylose partielle des articulations avec une grosse géode inflammatoire sur le versant iliaque de la sacro-iliaque gauche, vue lors d'une IRM des sacro-iliaques, expliquait les symptômes. Des infiltrations sacro-iliaques gauches ont été pratiquées les 8 et 17 novembre 2011, n'ayant pas amélioré la situation. Une désensibilisation des foramens médiales S1 à S3 a été pratiquée le 8 décembre 2011, avec succès intermédiaire, les douleurs étant revenues avec la reprise de l'activité ; une reconversion professionnelle était suggérée (avis du docteur E_____, spécialiste FMH, du 17 janvier 2012). Le 9 octobre 2014, l'assuré s'est inscrit à l'office régional de placement (ci-après : l'ORP) et a été mis au

bénéfice d'indemnités de chômage. ![/endif]>[/if> 11. Le 4 mars 2016, l'assuré a été victime d'un accident ; il a glissé sur de la neige et s'est blessé au dos, au métacarpe et à la jambe. ![/endif]>[/if> 12. Le cas a été annoncé à la SUVA, assureur selon la LAA et pris en charge par celle-ci. L'assuré a été mis en arrêt de travail par le docteur F_____, médecine interne FMH, dès le 1^{er} mars 2016. ![/endif]>[/if> 13. Le 16 avril 2016, l'assuré a répondu à un questionnaire de la SUVA : il avait glissé sur le sol gelé et chuté sur le côté gauche en se blessant à la jambe, au coccyx et à la main gauche ; il avait consulté le 8 mars 2016 le Dr F_____. ![/endif]>[/if> 14. Le 4 mai 2016, le Dr F_____ a attesté d'un hématome sur la fesse gauche, d'enflure au poignet gauche, sans fracture ; il a posé le diagnostic de contusion de la main (poignet gauche) et de la fesse. ![/endif]>[/if> 15. Une IRM de la main gauche du 24 mai 2016 a conclu à l'absence de contusion ou fracture osseuse post-traumatique ; discret épanchement dans les articulations métacarpo-phalangiennes II à V prédominant au niveau du 2^{ème} rayon et minime épanchement péri-tendineux au niveau des tendons fléchisseurs pouvant faire suspecter des discrets signes de synovite et ténosynovite. ![/endif]>[/if> 16. Le 2 juin 2016, le docteur G_____ du Centre de Chirurgie & Thérapie de la main, a écrit au Dr F_____ qu'il avait vu l'assuré les 20 et 31 mai 2016, lequel avait présenté, suite à sa chute, une contusion de la cuisse gauche, une hyperextension des métacarpo-phalangiennes et des douleurs dorsales ; il avait effectué une infiltration au niveau de la partie A1 du 4^{ème} rayon ; les douleurs pouvaient perdurer plusieurs semaines. ![/endif]>[/if> 17. Une échographie de la main gauche du 6 septembre 2016 a conclu à deux petits kystes ténosynoviaux des tendons fléchisseurs du 4^{ème} rayon à la limite entre le 1/3 moyen et le 1/3 distal du 4^{ème} métacarpien ; pas d'autre anomalie évidente. ![/endif]>[/if> 18. Le 15 septembre 2016, le Dr G_____ a écrit au Dr F_____ qu'il avait revu l'assuré le 31 août 2016 en raison de douleurs persistantes à la main gauche ; l'infiltration du 31 mai 2016 n'avait pas apporté de soulagement de la symptomatologie douloureuse. Une échographie du 6 septembre 2016 avait mis en évidence deux petits kystes qui n'étaient vraisemblablement pas responsables du tableau clinique ; il fallait poursuivre la physiothérapie et un traitement antalgique ; il se posait la question de facteurs psycho-sociaux à ce syndrome douloureux mais non objectivable de manière claire. ![/endif]>[/if> 19. Un entretien a eu lieu le 20 septembre 2016 avec un collaborateur de la SUVA. L'assuré a déclaré qu'il effectuait de la physiothérapie en milieu aquatique et avait consulté un neurologue en raison des douleurs irradiant dans la cuisse gauche ; la paume gauche était très douloureuse au toucher. ![/endif]>[/if> 20. Le 3 octobre 2016, la docteure H_____, FMH neurologie, a attesté d'une consultation le 29 septembre 2016 pour un diagnostic principal de douleurs à la main et secondaire de lombosciatalgies. Il n'y avait pas d'argument pour une douleur neurogène et atteinte nerveuse ; le problème semblait plus d'ordre inflammatoire rhumatologique post-traumatique. ![/endif]>[/if> 21. Une IRM lombosacrée du 17 octobre 2016 a conclu à une sténose récessale relative L5 gauche en lien avec une discopathie et une arthrose inter-apophysaire postérieure ; sténose foraminale L5-S1 bilatérale avec amincissement de la graisse périradiculaire L5 des deux côtés, en lien avec un minime débord discal circonférentiel et avec une arthrose inter-apophysaire postérieure bilatérale ; pas de fracture récente ou ancienne visible. ![/endif]>[/if> 22. Le 17 octobre 2016, le docteur I_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin de la SUVA, a rendu un rapport après l'examen de l'assuré du 12 octobre 2016 ; l'assuré se plaignait de douleurs au niveau de la paume de la main gauche et de la cuisse gauche. Il posé les diagnostics de lombosciatalgies gauches ; traumatisme de la main gauche sans lésion anatomique ; persistance de quelques douleurs sept mois après la chute. Compte tenu de la

symptomatologie lombaire persistante, il demandait au patient de passer un examen IRM. En fonction des constatations de celui-ci, un statu quo sine pourrait être éventuellement discuté pour les troubles de lombosciatalgies compte tenu des antécédents ; sur le plan de la main gauche, compte tenu de la mobilité constatée ce jour et des faibles douleurs occasionnées à la mobilisation, on pouvait également s'attendre dès ce jour à une reprise d'activité professionnelle.![endif]>![if> 23. Le 11 novembre 2016, le Dr I_____ a estimé qu'il ne s'agissait pas d'une hernie discale post-traumatique en raison de l'existence d'antécédents anciens de lombalgies, d'un impact avec une énergie cinétique modérée consistant en une simple chute de sa hauteur et des stigmates du rachis lombaire génératifs avec sténose foraminale dégénérative et arthrose interapophysaire postérieure bilatérale. Ces derniers étaient déjà présents de façon probable lors de l'évènement ; conformément aux données des connaissances médicales, on pouvait conclure que six mois après la survenue de l'évènement, celui-ci avait cessé ses effets délétères. Les troubles lombaires étaient maintenant liés à la situation qui préexistait au moment de l'évènement et aux troubles dégénératifs ; un statu quo était fixé ce jour pour les troubles au niveau du rachis lombaire.![endif]>![if> 24. Par décision du 17 novembre 2016, la SUVA a arrêté le paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 30 novembre 2016, au motif que l'accident ne jouait plus de rôle dans les troubles lombaires.![endif]>![if> 25. Le 23 novembre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.![endif]>![if> 26. L'assuré s'est inscrit à l'ORP le 1^{er} décembre 2016, sans droit aux indemnités.![endif]>![if> 27. Le 2 décembre 2016, le Dr G_____ a rempli un rapport AI et attesté de douleurs de la face antérieure de la main gauche au niveau des 4^{ème} et 5^{ème} rayons, non expliquées par l'IRM et l'échographie et d'un suivi depuis le 20 mai 2016 ; il a indiqué que l'activité exercée n'était pas exigible et que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, sans port de charges.![endif]>![if> 28. Le 20 décembre 2016, le Dr F_____ a certifié d'une reprise de travail possible le 1^{er} janvier 2017 dans une activité adaptée.![endif]>![if> 29. Le 21 janvier 2017, le Dr F_____ a rempli un rapport médical AI attestant de lombosciatalgies L5-S1 gauche, canal lombaire étroit, hernie discale L5-S1, arthrose lombaire et obésité ; l'activité de maçon n'était plus exigible mais une activité légère était possible à 100% dès ce jour. L'assuré ne pouvait soulever de poids ou porter, travailler sur des échelles en raison des douleurs et il avait de la difficulté à bouger au niveau de la colonne lombaire et des douleurs à la main gauche ; il ne pouvait exercer de travaux répétitifs avec la main gauche ; il boitait.![endif]>![if> 30. Le 16 février 2017, une note de travail de l'OAI a mentionné que l'assuré s'était inscrit au chômage le 2 janvier 2017 à un taux de 100% avec un certificat de reprise à 100% dès le 1^{er} janvier 2017.![endif]>![if> 31. Le 21 février 2017, la Dre J_____ du SMR a rendu un avis selon lequel l'activité de maçon n'était plus exigible en raison des troubles du rachis lombaire mais une activité adaptée l'était dès le 4 septembre 2016, soit 6 mois après l'accident, en référence à l'appréciation du Dr I_____ du 11 novembre 2016.![endif]>![if> 32. Le 3 avril 2017, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 12%, compte tenu d'un revenu sans invalidité, en 2015, de CHF 60'599.- et un revenu avec invalidité de CHF 53'306.-, (calculé selon l'ESS 2014, TA1, niveau 1, total, indexé à 2015, avec une déduction de 20% en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge et d'une activité légère serait possible).![endif]>![if> 33. Par projet de décision du 4 avril 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assuré au motif que son degré d'invalidité était de 12%.![endif]>![if> 34. Le 28 avril 2017, l'assuré a contesté cette décision en indiquant qu'il n'était plus apte à travailler, ayant même des difficultés à rester assis.![endif]>![if>

35. Le 28 avril 2017, le Dr F_____ a attesté que l'assuré souffrait de douleurs sciatalgiques, l'empêchant actuellement de marcher, de rester dans une position debout, ou assise trop longtemps. Il ne pouvait également pas porter de charges ; à noter qu'il souffrait par ailleurs d'une diminution de la fonctionnalité de la main gauche suite à un accident ; il n'était pour l'instant pas capable de travailler, ceci dans aucune activité ; il avait proposé à l'assuré de faire objection au projet de décision AI du 4 avril 2017 ; il pensait qu'une réintégration professionnelle devait être envisagée.![endif]>![if> 36. Par décision du 29 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations en estimant que le certificat du Dr F_____ du 28 avril 2017 n'apportait aucun élément nouveau.![endif]>![if> 37. Le 23 juin 2017, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 29 mai 2017 en faisant valoir qu'il ne pouvait trouver un travail avec un salaire de CHF 53'306.-, mais tout au plus de CHF 20.- bruts de l'heure, de sorte que son degré d'invalidité était de plus de 20%, lui donnant droit à un reclassement professionnel.![endif]>![if> 38. Le 16 août 2017, l'OAI a conclu à l'irrecevabilité du recours, au motif qu'il ne comportait ni motif ni conclusion et, subsidiairement, à son rejet au motif qu'on ne comprenait pas en quoi le revenu d'invalidité retenu serait erroné.![endif]>![if> 39. Le 17 octobre 2017, l'assuré, représenté par un avocat, a observé que l'acte de recours, certes sommaire, répondait aux conditions de recevabilité.![endif]>![if> 40. Une IRM lombo sacré du 17 novembre 2017 a conclu à un aspect stable L5-S1 par rapport à l'IRM précédente du 17 octobre 2016, avec sténose récessale L5 gauche et sténose foraminale L5-S1 des deux côtés (avec amincissement de la graisse péri-radiculaire L5) ; diminution des anomalies de signal de type Modic I au niveau L5-S1 à gauche.![endif]>![if> 41. Le 24 novembre 2017, le Dr F_____ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis 2010 pour « une contusion fessière avec étirement du quadriceps 08/02/2012 ; désensibilisation de la sacro-iliaque droite pour radiofréquence et thermo-coagulation ; contusion main gauche et fesse gauche 04/03/2016 ; canal lombaire étroit 2014 avec douleurs lombaires chronique ; rétrolisthésis L4 avec discarthrose L4-L5 (2010) ; hernie discale L5-S1 droite ; géode inflammatoire versant sacro iliaque gauche (2011, Dr D_____) ; arthrose lombaire ; obésité (BMI 33.8 kg/m2) ; kystes théno-synoviaux tendons fléchisseurs 4 ème rayon main gauche (Dr K_____) ; état dépressif débutant modéré 2017 ».![endif]>![if> Le tableau clinique était stable dans la médiocrité avec aggravation des douleurs lombaires et de la main par temps froid ; l'assuré ne pouvait rester assis ou debout longtemps ; il restait souvent couché en raison des douleurs lombaires et ne pouvait utiliser sa main gauche que pour des travaux légers. Sa capacité de travail était nulle comme maçon et très réduite (supérieur à 50%), même pour des travaux légers en raison des douleurs lombaires ne lui permettant pas de rester debout ou assis plus d'une demi-heure ; par ailleurs il présentait des douleurs à la main gauche, une dépression et un sommeil perturbé. Au mieux, on pourrait le réintégrer à 50% dans un travail léger. Selon son pronostic, il ne pouvait imaginer que l'assuré se réintègre dans un travail adapté, en raison des plaintes multiples. 42. Le 30 novembre 2017, le recourant a répliqué en relevant que son état dépressif n'avait pas été investigué, que selon le Dr D_____, sa capacité de travail était seulement de 50% dans une activité adaptée, ce que le Dr F_____ avait confirmé ensuite, que l'OAI n'indiquait pas quel type d'activité était exigible et se basait sur un avis du SMR sur dossier, que son atteinte somatique n'avait pas fait l'objet d'une instruction sérieuse, qu'une instruction complémentaire auprès de l'OAI était nécessaire, que selon l'ESS 2014, le revenu mensuel pour un cadre inférieur dans la construction était de CHF 79'692.-, soit un revenu qui excédait de 23.95% le revenu effectif,

de sorte que celui-ci devait être corrigé, qu'étant au chômage en mars 2016 il se justifiait de prendre en compte un revenu sans invalidité issu de l'ESS, qu'enfin le recours du 23 juin 2017 répondait aux conditions de recevabilité. 43. Le 15 janvier 2018, l'OAI a dupliqué en produisant un avis du SMR du 8 janvier 2018 selon lequel l'IRM du 17 novembre 2017 et le rapport du Dr F_____ du 24 novembre 2017 démontraient un état stable, sans aggravation depuis 2016, avec au contraire une nette amélioration ; le Dr F_____, en fixant une capacité de travail de 50%, intégrait des facteurs psycho-sociaux dont les plaintes douloureuses qui n'étaient pas pris en charge par l'assurance-invalidité ; une expertise n'était pas justifiée. L'OAI se ralliait à l'argument du recourant concernant la fixation du revenu sans invalidité selon l'ESS ; toutefois, le taux d'invalidité résultant du nouveau calcul était de 23%, insuffisant pour avoir le droit à une rente d'invalidité. 44. Le 26 février 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. Le recourant a déclaré : « J'ai toujours mal du côté gauche au niveau de la hanche avec des irradiations jusqu'au pied. Il s'agit de la suite de ma chute qui a entraîné des blessures à la main, au bras gauche et au côté gauche. Il n'y a pas eu du tout d'amélioration depuis l'accident. Je dois souvent rester couché, à chaque fois que je m'assoie j'ai de la peine à me relever. Je dois le faire très lentement. Durant la journée je dois souvent rester couché car j'ai toujours des douleurs au niveau de la hanche. J'ai de la peine à rester assis. Je marche un peu. Je vois le Dr F_____ une fois par mois. Je ne vois plus que ce médecin. J'ai vu une femme psychiatre lors d'une consultation unique car elle ne m'a pas donné d'autre rendez-vous, je ne me souviens plus de son nom. J'ai discuté de ma dépression avec le Dr F_____ mais celui-ci ne me donne pas de traitement. Lors de mon premier accident j'avais aussi chuté sur le côté gauche. Il était un peu similaire à celui de 2016. Il avait entraîné les mêmes douleurs qu'actuellement. J'avais pu reprendre le travail. J'avais cependant des séquelles de l'accident, soit des douleurs à la hanche gauche. Dans mon entreprise je travaillais uniquement comme maçon. C'était mon beau-frère qui assumait les tâches administratives. Depuis mon accident je n'ai plus repris le travail. Après la radiation de mon entreprise en 2015 je me suis inscrit au chômage. J'ai envie d'être reclassé dans une autre profession mais je ne sais pas laquelle. Je pourrais essayer de travailler dans une autre activité mais j'ai des douleurs en position assise et je dois faire des mouvements très lentement à cause des douleurs en particulier pour me relever. Je remarque que l'OAI a pris des décisions, à deux ou trois reprises, sans me poser de question ». Le fils du recourant, Monsieur A_____, a déclaré : « Je vis avec mon père. Je sais qu'il aurait envie de travailler car il a toujours aimé travailler et a commencé sa vie professionnelle très tôt, soit à l'âge de 12 ans, mais cela me paraît compromis car mon père est très souvent couché, il ne peut pas faire les courses ni aucune tâche ménagère, celles-ci étant principalement assumées par ma mère et moi-même. C'est d'ailleurs pour cette raison que je vis encore avec mes parents, étant précisé que ma mère ne va pas très bien non plus ». L'avocat du recourant a déclaré : « Nous pouvons conclure à un reclassement à titre subsidiaire. Principalement c'est une rente qui est demandée ». La représentante de l'OAI a déclaré : « Je demande un délai pour que l'OAI se prononce sur la demande de reclassement ». Un délai a été fixé à l'OAI pour qu'il se prononce sur la demande de reclassement du recourant ainsi que sur une éventuelle nécessité d'instruire l'aspect médical. 45. Le 14 mars 2018, l'OAI a observé que la mise en place d'une mesure de reclassement serait selon toute vraisemblance vouée à l'échec, eu égard à l'absence d'aptitude subjective du recourant à la réadaptation : le Dr F_____ avait indiqué qu'il ne pouvait pas imaginer que le recourant pourrait se réintégrer dans un travail adapté en raison

des plaintes multiples ; le recourant avait conclu principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité en indiquant qu'il pourrait envisager de travailler mais que ses douleurs le limitaient dans les mouvements ; le fils du recourant avait déclaré que son père avait envie de travailler mais que cela était compromis car il était très souvent couché. Par ailleurs, il existait une palette suffisamment large d'activités non qualifiées et adaptées aux limitations du recourant ; enfin, le cas était suffisamment instruit ; en particulier, le recourant ne consultait pas de psychiatre. 46. Le 20 avril 2018, le recourant a observé qu'il ne s'opposait pas à exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles mais demandait une reconversion professionnelle par le biais d'une réadaptation professionnelle permettant de définir précisément l'activité adaptée ; en conséquence il concluait à l'octroi d'un reclassement professionnel. Il a produit une attestation du Dr F_____ du 16 mars 2018 selon laquelle l'état dépressif débutant modéré du patient décrit dans son certificat du 24 novembre, n'était certes pas traité médicalement, mais étant donné, qu'il avait été interprété comme réactif à la situation épouvante de perte de sa profession, le traitement consistait en son suivi par le médecin de famille avec soutien moral. Il n'était pas exclu, en fonction de l'évolution, qu'une prise en charge psychiatrique devienne nécessaire ; toutefois le patient n'avait pas montré actuellement de signes de décompensation. Le recourant a souligné que l'atteinte psychique nécessitant un traitement médical, elle avait vraisemblablement une incidence sur sa capacité de travail, de sorte que l'OAI devait instruire cet aspect. 47. Sur quoi, la cause a été 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 - 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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 trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. 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 1 er 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais 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 conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). 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). Le juge ne s'écarte pas

sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier

toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait

médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).!

11. 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).!

12. En l'espèce, le recourant estime qu'une instruction médicale se justifie afin d'évaluer l'impact de son trouble psychique sur sa capacité de travail ; par ailleurs, il relève que ses atteintes à la santé physique n'ont pas fait l'objet d'une instruction sérieuse ; il a pris des conclusions en renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, ou tendant à ce qu'une instruction soit ordonnée par la chambre de céans.!

13. S'agissant de l'atteinte somatique, il convient de constater que l'intimé a retenu que le recourant était capable d'exercer une activité adaptée dès le 4 septembre 2016 ; il s'est pour cela fondé sur l'avis du SMR du 21 février 2017, lequel fait référence à l'appréciation médicale du Dr I_____ du 11 novembre 2016 ; le SMR a précisé les limitations fonctionnelles suivantes : Pas de travail en porte-à-faux du rachis lombaire, pas de port de charges > 10kg, pas de mouvements répétés en flexion et/ou inclinaison latérale du tronc, pas de station debout prolongée, préférer une activité légère respectant une alternance des positions.!

Or, en tant que médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr I_____ s'est limité à examiner si les atteintes à la santé du recourant encore présentes relevaient de l'accident du 4 mars 2016 pour conclure que tel n'était pas le cas, la hernie discale n'étant pas post-traumatique et le trouble lombaire étant lié à un état antérieur et aux troubles dégénératifs. Il n'a, en conséquence, pas examiné d'éventuelles limitations fonctionnelles du recourant. Force est de constater que l'appréciation du Dr I_____ ne permet pas de conclure à une capacité de travail du recourant recouvrée dès le 4 septembre 2016, l'impact des troubles d'ordre maladif n'ayant pas été analysé par le Dr I_____. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles posées par le SMR, uniquement sur dossier, ne se réfèrent à aucun rapport médical antérieur. En outre, si le Dr F_____ a mentionné une capacité de travail du recourant dans une activité adaptée dès le 21 janvier 2017, il a aussi indiqué le 28 avril 2017 que tel n'était plus le cas, le recourant étant totalement incapable de travailler dans toute activité, puis le 24 novembre 2017 que la capacité de travail était, au mieux, de 50% dans une activité légère et qu'une réintégration pourrait être tentée en ce sens. Quant au Dr D_____, il a rendu une expertise le 10 février 2011, soit antérieurement à l'accident de 2016 de sorte que son appréciation de la capacité de travail du recourant n'apparaît pas pertinente dans le cadre de la demande de prestations du recourant du 23 novembre 2016 ; ce médecin a néanmoins relevé que le recourant présentait des lombosciatalgies gauches chroniques, dont le pronostic n'était pas très bon au vu de la durée de l'évolution et de

l'absence de réponse aux traitements réalisés et que, du point de vue de la capacité de travail, il n'était pas certain que la prise en charge du recourant permettrait dans une activité adaptée, une capacité de travail au-delà de 50% (expertise D_____ p. 9 et 11). Au vu de ce qui précède, l'intimé ne pouvait, sans instruction médicale, conclure à une capacité de travail du recourant de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 4 septembre 2016. Les données médicales somatiques sont toutefois insuffisantes pour permettre à la chambre de céans de trancher le litige. Vu l'absence totale d'instruction médicale du dossier par l'intimé, un renvoi du dossier à celui-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision se justifie. 14. S'agissant des atteintes psychiques alléguées, il apparaît que le recourant n'est pas suivi pour un trouble psychique (Procès-verbal de comparution personnelle des parties du 26 février 2018 et avis du Dr F_____ du 16 mars 2018), qu'il ne bénéficie pas d'un traitement médicamenteux, qu'il s'agit, en l'état, d'un état dépressif débutant modéré, sans signe de décompensation et qu'il n'est pas exclu qu'une prise en charge psychiatrique devienne, par la suite nécessaire (avis du Dr F_____ du 16 mars 2018). Au vu de ces éléments, une investigation psychiatrique ne semble pas d'emblée justifiée. Il appartiendra cependant à l'intimé d'examiner cette question. 15. Enfin, s'agissant des mesures de réadaptations professionnelles, vu le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction médicale et détermination de la capacité de travail du recourant, il est prématuré de trancher cet aspect. Toutefois, à ce stade, on constate que l'intimé a écarté le bien-fondé d'une mesure de reclassement de façon hâtive, au motif que le recourant ne présentait pas d'aptitude subjective à la réadaptation. En effet, le Dr F_____, dans son avis du 24 novembre 2017, n'a pas affirmé que le recourant n'avait pas la volonté de se réintégrer mais a seulement émis un pronostic, au vu des multiples plaintes du recourant ; par ailleurs celui-ci a déclaré qu'il pourrait essayer de travailler dans une autre activité ; le fait d'indiquer dans le même temps ses limitations de mouvement ne saurait être synonyme d'absence d'aptitude subjective à la réadaptation (Procès-verbal de comparution personnelle des parties du 26 février 2018). Enfin, le fait que le fils du recourant ait mentionné qu'une réadaptation lui paraissait difficile, au vu de l'état de santé de son père, n'est pas non plus une preuve d'absence de motivation de ce dernier à réintégrer un emploi, étant relevé que le fils du recourant a également mentionné que son père avait envie de travailler car il avait toujours aimé travailler (Procès-verbal de comparution des parties personnelle du 26 février 2018). 16. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé dans le sens des considérants. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :