

GE_GERICHTE A/3014/2013 vom 22. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3014_2013

FR: GE_GERICHTE A/3014/2013 du 22 avril 2014

IT: GE_GERICHTE A/3014/2013 del 22 aprile 2014

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Maison B_____ à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Aurèle MULLER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), ressortissant français né en 1965, a notamment travaillé en tant que manutentionnaire de mars 2006 à septembre 2007. 2. Dans son rapport du 7 novembre 2006, le Dr C_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que les radiographies de la colonne cervicale avaient révélé une spondylose du segment C5-C6 et ostéochondrose du segment C6-C7 accompagnées de rétro-spondylophites et d'une uncarthrose. Il n'y avait pas de rétrécissements significatifs des foramens intervertébraux d'origine osseuse. 3. Le Dr C_____ a procédé à des radiographies de l'articulation lombo-pelvienne de l'assuré le 24 avril 2007 en raison d'une lombalgie avec blocage. Il a conclu à une discrète bascule du bassin impliquant une différence de longueur des membres inférieurs d'un centimètre, d'un alignement correct des segments lombaires tout au plus en présence d'une rectitude de la colonne lombaire, d'une hauteur pratiquement normale des disques intervertébraux sans signe net de discopathie significative et d'une densité osseuse normale sans lésions focales suspectes. 4. Une IRM réalisée le 3 mai 2007 par le Dr D_____ a révélé une discopathie protrusive débutante lombaire proximale, marquée en L2-L3, sans hernie discale constituée, une discopathie marquée en L3-L4 avec petite hernie paramédiane droite, une discopathie L4-L5 avec une hernie discale paramédiane gauche, une atténuation du calibre des foramens en L4-L5 et L5-S1 en raison de l'arthrose facettaire modérée, et un canal lombaire au calibre limite. 5. Dans son rapport du 23 mai 2007, le Dr E_____, médecin auprès du Service de neurochirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), a fait état d'un syndrome vertébral lombaire net avec douleur au redressement. Une IRM réalisée le 3 mai 2007 avait révélé des discopathies lombaires L4-L5 et L5-S1 avec en L4-L5 une protrusion discale paramédiane droite et en L5-S1 une protrusion paramédiane gauche, expliquant vraisemblablement la lombosciatique S1 proximale. En revanche, les lombalgies et le lumbago étaient vraisemblablement en rapport avec les discopathies lombaires étagées. La sciatique n'étant pour l'heure pas au premier plan du tableau douloureux, il n'y avait pas d'indication à la décompression de la racine S1 gauche. Le traitement restait conservateur pour les lombalgies et le lumbago en régression, avec intensification de l'antalgie et éventuellement port d'un corset de soutien pendant quelques semaines. 6. Le 7 juillet 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI), invoquant une hernie discale. 7. Dans son rapport du 16 juillet 2007, le Dr F_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a rapporté une lombalgie constante depuis avril 2007

avec une irradiation inguino-crurale gauche. Il n'y avait pas de déficit neurologique périphérique. La charnière lombosacrée gauche était douloureuse, et une douleur était également évoquée en extension et flexion latérale gauche. En périphérie, le médecin constatait une hyperesthésie crurale antérolatérale gauche sur un trajet radiculaire L4-L5. Une infiltration épidurale par abord radiculaire L4 et L5 n'avait amené aucune amélioration, à l'instar d'une infiltration sacro-iliaque. L'hypothèse d'une douleur discogénique était actuellement la plus vraisemblable. Selon le médecin, des tests de provocation sur les disques pathologiques devaient être évités en l'absence d'indication chirurgicale. La poursuite du traitement conservateur paraissait la plus adéquate.

8. Dans un questionnaire rempli le 21 août 2007, l'employeur de l'assuré a indiqué que l'assuré avait réalisé à son service un revenu de 4'400 fr. par mois versé 13 fois l'an.

9. Dans son rapport du 27 octobre 2007, le Dr G_____, médecin traitant de l'assuré, a fait état d'une discopathie multi-étagée lombaire, d'une hernie discale lombaire paramédiane, et d'une atténuation des calibres des foramens. L'incapacité de travail était totale depuis le 24 avril 2007. On ne pouvait améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. L'atteinte à la santé entraînait des limitations presque complètes dans l'activité habituelle. Une autre activité était exigible, par exemple un travail sans charge, à raison de 4 heures par jour. Un reclassement professionnel était suggéré. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : positions assise, debout ou statique au maximum deux heures par jour, nécessité d'alterner les positions, pas de position à genoux, pas d'inclinaison du buste, pas de position accroupie, périmètre de marche limité à 200 ou 300 mètres, pas de port de charges, pas de mouvements des membres ou du dos occasionnels ou répétitifs, pas d'horaire de travail irrégulier, pas de travail en hauteur ni déplacement sur sol irrégulier. L'assuré devait de plus éviter de se baisser et son comportement n'était pas acceptable pour l'entourage. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 60 à 80 %.

10. Dans son avis du 17 janvier 2008, le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR), s'est interrogé sur le point de savoir s'il s'agissait de véritables hernies à tous les niveaux, la plus probable semblant être située en L5-S1. Il a ajouté que la plupart des hernies régresaient dans les deux ans. Quoiqu'il en soit, le rachis devrait être ménagé à l'avenir et un changement de profession devait avoir lieu. Le taux pourrait être de 50 à 100 % selon les exigences. Il fallait éviter le port de charges, les positions en porte-à-faux, les flexions lombaires et cervicales. Une alternance des positions était souhaitable.

11. Le Dr H_____ a précisé le 17 juin 2008 que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites le 17 janvier 2008, il y aurait une baisse de rendement en fonction des exigences du poste. Dans une activité manuelle, la capacité probable était de 50 à 70 %.

12. Dans le rapport de réadaptation professionnelle du 18 juin 2008, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'ENQUETE SUISSE SUR LA STRUCTURE DES SALAIRES (ESS) 2006, tableau 1, était de 4'732 fr. pour 40 heures par semaine. Indexé à 2007 et adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, le revenu était de 60'226 fr. par an. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 75 %, le revenu d'invalidité était de 45'170 fr. Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à 57'200 fr. selon le questionnaire de l'employeur. La comparaison des revenus aboutissait ainsi à un degré d'invalidité de 21 %. Ce taux n'était pas suffisant pour l'octroi d'une rente. Un reclassement n'était pas indiqué, car l'assuré ne disposait pas d'une certification reconnue, et qu'une telle mesure ne serait ni

simple, ni adéquate et ne respecterait pas le principe d'équivalence. Le service de placement avait été mandaté pour soutenir l'assuré dans sa recherche d'une activité adaptée.

13. Lors de l'entretien du 28 juillet 2008 de l'assuré avec le service de placement, celui-ci a indiqué qu'il était en incapacité de travail totale pour deux mois avec deux nouvelles IRM prévues. L'OAI a conclu à son inaptitude au placement et a mis un terme au mandat de placement dans sa note interne du même jour. Le certificat joint du Dr G_____, daté du 24 juillet 2008, attestait d'une incapacité de travail totale depuis le 24 avril 2007, la reprise étant prévue le 1^{er} septembre 2008. Un courrier de ce médecin du 17 juillet 2008 faisait état d'une évolution très défavorable. Le Dr G_____ disait contester la décision de l'OAI, car l'assuré était incapable d'exercer son métier antérieur. Une deuxième expertise était recommandée afin d'évaluer objectivement son cas.

14. Le Dr I_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM le 30 juillet 2008. Il a conclu aux séquelles d'une maladie de Scheuermann à l'étage dorsal moyen et inférieur, à une dégénérescence discale étagée avec discopathie D5-D6 et D6-D7, à une protrusion discale ostéophytaire D2-D3 paramédiane droite et paramédiane gauche sans conflit radiculaire, à une protrusion discale ostéophytaire D11-D12 médiane et paramédiane sans compression sur les racines sous-jacentes, à une infiltration nodulaire lipidique à la hauteur de D4 et à un cordon médullaire de topographie normale et de signal homogène.

15. Une seconde IRM du Dr I_____, réalisée le 4 août 2008, a révélé des séquelles d'une maladie de Scheuermann D11-D12 ; une dégénérescence discale avec discopathie modérée L3-L4 et L5-S1 ; une protrusion discale D12-L1 paramédiane gauche sans conflit radiculaire ; une hernie discale L2-L3 sous-ligamentaire médiane et paramédiane droite, appuyant sur la partie antérieure droite du fourreau dural et sur l'émergence de la racine L3 droite ; une hernie discale L3-L4 médiane et paramédiane droite en conflit avec la racine L4 ; à une protrusion discale L4-L5 sans conflit radiculaire ; une hernie discale L5-S1 médiane, paramédiane et foraminale à prédominance gauche en conflit avec la racine L5 gauche dans son trajet foraminaux ; et une arthrose interapophysaire postérieure avec rétrécissement des foramens en L5-S1 à gauche. Les hernies en L2-L3 et L3-L4 paraissaient plus prononcées que lors de l'examen du 3 mai 2007. La hernie en L4-L5 avait en revanche régressé.

16. Selon le certificat établi à l'attention de l'assurance-chômage par le Dr G_____ en date du 16 septembre 2008, l'assuré était inapte au travail à 100 % depuis le 24 avril 2007. Il était en revanche en mesure d'exercer des activités de bureau sans déplacement ni effort excessif ou flexion du corps.

17. Dans son rapport du 18 septembre 2008, le Dr G_____ a indiqué que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré datait de juin 2008. Il a posé les diagnostics de hernies discales en L2-L3, L3-L4 et L4-L5, de protrusion D12-L1, de discopathie dégénérative L3-L4 et L5-S1 et de rétrécissement des foramens. L'assuré présentait une lombo-sciatalgie et une dorsalgie invalidante. Ses douleurs étaient très importantes et il y avait une incapacité physique aux membres inférieurs. Le pronostic était mauvais. Le traitement consistait en des injections corticoïdes et une consultation neurochirurgicale était recommandée. Le médecin considérait que le cas était très délicat et justifiait une expertise. S'agissant des limitations fonctionnelles, il a exclu les activités exercées uniquement debout, en alternance des positions, en marchant, les activités penchées, exercées avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en rotation du buste, impliquant le port de charges, ainsi que les travaux exercés sur une échelle ou en montant des escaliers. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance étaient de plus limitées.

18. L'OAI a confié une expertise au Dr J_____, spécialiste FMH

en neurochirurgie, qui a examiné l'assuré le 25 novembre 2008. Dans son rapport du 19 mars 2009, le médecin a résumé le dossier et analysé les documents radiologiques avant de procéder à l'examen de l'assuré. Ce dernier était légèrement dysthymique mais coopérant, sans revendication ou démonstration inappropriées. Les douleurs les plus importantes rapportées par l'assuré se situaient au niveau de la ceinture ou légèrement au-dessus, où elles formaient une barre tout en étant localisées essentiellement dans la région médiane. Il s'agissait d'une douleur permanente, modulée par les positions et les activités. Les douleurs étaient accentuées par le fait de se pencher, surtout au moment du redressement. L'assuré décrivait également de rares douleurs survenant de façon inattendue, pouvant entrer dans le cadre de douleurs d'instabilité. A l'issue du status, l'expert a exposé que les manifestations cliniques, sans véritable notion clinique ni radiologique d'instabilité, excluaient une approche chirurgicale. En revanche, l'assuré devrait essayer de surmonter son déconditionnement physique. La légère tendance à l'amélioration observée au fil des mois encouragerait peut-être l'assuré dans ce sens. Il pourrait de plus bénéficier d'une gymnastique à pratiquer de façon autonome, de musculation isométrique lombaire et de contrôle de la posture, avec exercices proprioceptifs. Cette physiothérapie active devrait être si possible intégrée dans le cadre d'une école du dos, afin de lui permettre d'effectuer ces exercices de manière autonome à domicile. Il y avait lieu de rassurer l'assuré sur le fait que les nombreuses hernies discales pluriétiquées ne constituaient qu'un épiphénomène. Aucune d'elle ne semblait actuellement symptomatique. Elles contribuaient tout au plus sur un ou deux segments à la symptomatologie de lombalgies diffuses. C'est pour ce motif qu'elles ne justifiaient pas d'approche chirurgicale. Ces lésions étaient destinées à se résorber et à disparaître progressivement, comme c'est habituellement le cas des hernies discales non opérées après une évolution de 12 à 18 mois. Avec un reconditionnement physique et une physiothérapie active, une reprise du travail dans un milieu adapté pourrait être tentée après 6 à 8 semaines, délai qui pourrait par ailleurs être utilisé pour un reclassement avec l'aide de l'OAI. Les diagnostics posés par l'expert étaient ceux de dorso-lombalgies communes sur discopathies dorso-lombaires multiétiquées avec par endroit des protrusions discales non compressives et de status après cruralgies droites sur hernie discale L2-L3 droite au décours, depuis 2007. L'expert considérait que l'assuré avait été « surdiagnostiqué » avec un nombre impressionnant de hernies discales au niveau dorsal et lombaire. Ces hernies n'étaient toutefois qu'un épiphénomène anecdotique d'une atteinte dégénérative pluriétiquée encore modérée, dont le pronostic était en principe favorable. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activité exercée penché ou en porte-à-faux ; pas de port de charges, pas d'efforts, pas de positions statiques, ainsi qu'un léger état dépressif réactionnel. L'activité habituelle était impossible, mais l'assuré disposait d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 15 % en raison de la fatigabilité et des changements de positions. L'évolution de la capacité de travail depuis 2007 était délicate, il y avait une probable légère amélioration progressive. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables. 19. L'assuré a consulté en urgence le Dr K_____ pour des douleurs lombaires le 18 janvier 2009. 20. A la demande du Dr H_____, l'expert a précisé par courrier reçu par l'OAI le 24 avril 2009 que la capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée était exigible depuis le 1^{er} octobre 2008. Si cette date pouvait paraître arbitraire, elle coïncidait néanmoins avec la légère amélioration observée au fil des mois. 21. Dans son avis du 18 mai 2009, le Dr H_____ a retenu une incapacité de travail complète dès le 24 avril 2007 et de 68 % dès le 16 septembre 2008,

comme cela ressortait du rapport du Dr G_____. !endif]>![if> 22. Le 6 octobre 2009, l'assuré a signé un protocole de collaboration avec l'OAI, aux termes duquel il s'engageait à coopérer activement aux recherches d'emploi afin de trouver une activité adaptée telle que définie par l'OAI. !endif]>![if> 23. Le 29 octobre 2009, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il lui octroyait une mesure d'orientation professionnelle, laquelle se déroulerait à mi-temps du 9 novembre au 11 décembre 2009. !endif]>![if> 24. Dans son certificat du 3 novembre 2009, le Dr G_____ a attesté d'une capacité de travail de 50 % dès le 9 novembre 2009 et de 100 % dès le 12 décembre 2009. !endif]>![if> 25. Dans le rapport d'observation du 22 décembre 2009, le formateur de l'OAI a relevé que l'assuré éprouvait le besoin de changer de position. Il avait peur de rester bloqué. Il était très angoissé et dépressif et s'était montré préoccupé par d'autres points que le contenu de la formation, notamment ses problèmes financiers. Le module d'orientation n'était pas l'environnement le plus propice au développement de l'autonomie de l'assuré. Celui-ci serait probablement très autonome dans une activité plus en lien avec son profil. Il n'aimait pas l'école et était d'abord un homme de terrain, sans grandes ressources intellectuelles. Il n'avait pas été en mesure de préciser ce qu'il aimerait faire, car il avait besoin de « voir de ses yeux ». Il avait cependant choisi deux cibles qui devaient lui convenir, soit préparateur de commandes et ouvrier manutentionnaire léger. Un stage dans l'entreprise PRO était préconisé. !endif]>![if> 26. Par communication du 14 janvier 2010, l'OAI a confirmé à l'assuré qu'il octroyait une mesure d'orientation professionnelle qui se déroulerait du 11 janvier au 11 avril 2010 auprès de l'entreprise PRO. !endif]>![if> 27. Le 11 février 2010, le Dr G_____ a attesté d'une incapacité de travail totale du 1^{er} au 28 février 2010. !endif]>![if> 28. Le 18 février 2010, le Dr I_____ a procédé à une nouvelle IRM lombaire. Il a conclu aux séquelles d'une maladie de Scheuermann, à une hernie discale sous-ligamentaire L2-L3, plus prononcée en L3-L4 entrant en conflit avec la racine L4 gauche, à une hernie discale L5-S1 appuyant discrètement sur la partie antérieure gauche du fourreau dural et sur la racine S1 gauche. Il n'y avait pas de modification significative par rapport à l'examen du 4 août 2008. !endif]>![if> 29. Un nouveau certificat du Dr G_____, daté du 25 février 2010, indiquait que l'assuré pourrait reprendre le travail à 50 % seulement le 1^{er} mars 2010. !endif]>![if> 30. Par certificat du 19 mars 2010, le Dr G_____ a indiqué que l'assuré était totalement incapable de travailler du 19 au 31 mars 2010. Le 8 avril 2010, ce médecin a prolongé l'arrêt de travail au 3 mai 2010. !endif]>![if> 31. Dans le rapport d'évaluation du 22 avril 2010, l'entreprise PRO a indiqué que le taux de présence durant le stage avait été de 35 jours sur 63. La mesure était initialement prévue à plein temps mais l'OAI avait accepté qu'elle se déroule à 50 % en raison des difficultés de l'assuré à assumer un mi-temps. De très fortes douleurs et un grand stress avaient entraîné une incapacité de travail durant trois semaines. Il avait subi une tendinite à son retour, qui avait justifié un arrêt de travail du 22 février au 9 avril, fin programmée du stage. L'assuré était doté de très bonnes capacités manuelles, ses gestes étaient précis et coordonnés. Au plan intellectuel, il était méthodique et assimilait bien les consignes. Son niveau de concentration était très bon. En revanche, l'assuré ne savait pas se ménager et il travaillait très souvent au-delà de ses capacités physiques, en tirant des transpalettes au mépris de la hernie dont il souffrait. Son engagement excessif avait également provoqué la tendinite. En ce qui concernait son état de santé, l'assuré se plaignait de douleurs dorsales lors du port de charges ou de mouvements en porte-à-faux et les douleurs résultant des positions figées entraînaient des blocages de quelques secondes. Ses plaintes avaient augmenté au fil des semaines, à tel point que le médecin traitant avait signifié un arrêt de travail après un mois. !endif]>![if> Son

rendement au sein du premier département avoisinait 80 %. Dans le deuxième département, il n'était que de 44 %. Le rythme de travail avait cependant progressé. Le rendement en qualité oscillait entre 90 et 100 %. L'assuré avait entretenu de bonnes relations et n'avait jamais refusé de réaliser des tâches. Il était très consciencieux, intéressé par son travail et respectueux des horaires. Il se montrait extrêmement persévérant et prenait des initiatives. Son humeur était stable, mais très négative. L'assuré exposait facilement ses préoccupations. Il avait évoqué la possibilité d'être hospitalisé, son sentiment de détresse lui faisant craindre pour sa vie. Compte tenu de son incapacité à limiter son engagement physique, un projet de retour à l'emploi n'aboutirait vraisemblablement pas pour l'heure.

32. Dans son rapport du 28 avril 2010, le Dr L_____, médecin auprès du Service de neurochirurgie des HUG, a mentionné un syndrome vertébral intense sans déficit neurologique. L'assuré souffrait de lombagos chroniques, réfractaires au traitement conservateur, mais pour lesquels l'IRM ne révélait que peu d'arguments pour une intervention chirurgicale. Une prise en charge conservatrice des douleurs était préconisée.

33. Le 27 mai 2010, la Dre M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté que l'assuré bénéficiait d'une psychothérapie auprès d'une psychologue sous sa délégation depuis septembre 2009.

34. Dans son rapport du 24 juin 2010, le Dr N_____, médecin au Service de rhumatologie des HUG, a posé le diagnostic de lombocruralgie gauche commune chronique. Dans l'anamnèse, le médecin a noté qu'il n'existait aucun élément pour une lombalgie spécifique. Il y avait en revanche des facteurs de risque de chronicisation, tels que l'anxiété et un certain degré de kinésiophobie. Les investigations du Dr F_____ n'avaient pas permis de mettre en évidence une structure particulière à l'origine de ses douleurs. L'examen clinique permettait toutefois de confirmer l'existence d'un dysfonctionnement caractérisé et prédominant en L3-L4 gauche. Dans un tel contexte, il était d'usage d'introduire un traitement antalgique et de la physiothérapie progressive. C'est ce que le Dr N_____ prescrivait en l'espèce, même si la probabilité d'une amélioration était très modeste compte tenu de la durée des symptômes.

35. Dans le rapport de réadaptation professionnelle du 28 juillet 2010, l'OAI a relevé que l'assuré ne satisfaisait pas aux exigences de travail dans l'économie ouverte en raison de son état de santé. Des mesures de placement n'étaient pour l'heure pas indiquées. Il y avait lieu de statuer sur une éventuelle aggravation de l'état de santé en tenant compte du volet psychique.

36. L'OAI a recalculé le degré d'invalidité de l'assuré le 3 septembre 2010, tenant compte de l'avis du Dr H_____ du 18 mai 2009. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'ENQUETE SUISSE SUR LA STRUCTURE DES SALAIRES (ESS) 2006, tableau 1, était de 4'732 fr. pour 40 heures par semaine. Indexé à 2008 et adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures, le revenu était de 61'490 fr. par an. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 80 % et d'une diminution de rendement de 15 %, le revenu d'invalidité était de 41'813 fr. Quant au revenu sans invalidité, il s'élevait à 57'200 fr. selon le questionnaire de l'employeur. La comparaison des revenus aboutissait ainsi à un degré d'invalidité de 26.9 %.

37. Dans son rapport du 16 septembre 2010, le Dr G_____ a indiqué que l'état de l'assuré s'était aggravé depuis le 4 mai 2010. Selon les dires de l'assuré, les douleurs étaient très importantes. Une prise en charge psychiatrique avait lieu. L'assuré avait de la peine à se déplacer, à plier les genoux, à effectuer des flexions lombaires. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %. La compliance n'était pas optimale mais il y avait une bonne concordance entre l'examen clinique et les plaintes. Il n'était pas envisageable de reprendre l'activité

antérieure mais d'autres activités seraient possibles. Le médecin suggérait un consilium neurologique, rhumatologique et psychiatrique. ![/endif]>[/if] 38. Le Dr O _____, médecin auprès du Département de psychiatrie des HUG, a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) depuis 2007 dans son rapport du 29 septembre 2010. Ce médecin a établi l'anamnèse et rapporté que l'assuré se plaignait d'irritabilité avec des agissements impulsifs, d'une diminution du plaisir, de troubles de la concentration et de la mémoire et de la présence d'une idéation suicidaire par moments. Au plan objectif, sa tenue et son hygiène étaient négligées, sa thymie triste, son discours appauvri et les idées par rapport à l'avenir étaient pessimistes. Une fluctuation de la symptomatologie dépressive de sévère à moyenne avait été constatée, sans traitement pharmacologique. Une réintroduction d'un antidépresseur pourrait améliorer les symptômes dépressifs et le seuil de la douleur. La poursuite de la prise en charge psychothérapeutique était également recommandée, ainsi qu'un bilan du sommeil. S'agissant de l'incapacité de travail, le Dr O _____ s'est référé aux certificats du Dr G _____, l'atteinte psychiatrique n'entraînait pas de limitation de la capacité de travail dans l'activité antérieure. En présence de symptômes dépressifs d'intensité moyenne, une activité adaptée pouvait être exercée à 80 %. ![/endif]>[/if] 39. Dans son avis du 15 octobre 2010, la Dresse P _____, médecin auprès du SMR, a considéré que l'atteinte psychique restait compatible avec une capacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle ou toute autre activité simple non-qualifiée. La diminution de rendement observée lors du stage était vraisemblablement induite par une composante non médicale. ![/endif]>[/if] 40. La Dresse Q _____ du Laboratoire du sommeil des HUG a réalisé une polysomnographie de l'assuré le 27 octobre 2010, laquelle a mis en évidence une pathologie respiratoire du sommeil de type syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil mixtes obstructives et centrales. La problématique respiratoire était sévère mais aucune hypercapnie n'avait été observée. En revanche, l'assuré présentait des mouvements périodiques des jambes. Ces deux problèmes induisaient une importante fragmentation du sommeil et augmentaient la proportion du sommeil léger. Un traitement par pression positive continue était suggéré, ainsi qu'un bilan diagnostique afin d'exclure toute atteinte sous-jacente pouvant expliquer la composante centrale de la pathologie du sommeil. Une diminution des doses de Tramadol® pouvait également être envisagée. ![/endif]>[/if] 41. Dans un rapport du 3 mai 2011, le Dr G _____ a mentionné à titre d'antécédents médicaux un tabagisme et une opération du canal carpien en 2009. Les symptômes actuels étaient une déprime et une insomnie. L'assuré avait d'importantes douleurs lombaires et des sciatalgies. Les diagnostics étaient ceux d'hernie discale lombaire et d'état dépressif. L'assuré ne pouvait travailler exposé à l'humidité, à la chaleur, au froid, au bruit et aux fumées. Il devait de plus éviter le travail posté ou de nuit, la flexion, le levage et le port de charges fréquent, la montée d'escaliers, d'échelles et de plans inclinés. Il ne pouvait travailler qu'assis et à l'intérieur mais le travail à l'écran était exclu. Un travail adapté, soit sans efforts physiques, restait possible mais à raison de deux heures par jour au plus. L'assuré était invalide à 80 % et les restrictions citées existaient depuis 2007. ![/endif]>[/if] 42. L'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité le 30 mai 2012. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'ENQUETE SUISSE SUR LA STRUCTURE DES SALAIRES (ESS) 2008, tableau 1, était de 4'998 fr. pour la durée normale de travail de 41.6 heures en 2008, soit 4'998 fr. par mois ou 59'979 fr. par an. Compte tenu du taux d'activité exigible de 80 % et d'une diminution de rendement de 15 %, le revenu d'invalide s'élevait à 50'786 fr. Le revenu annuel brut sans invalidité, indexé à 2008, s'élevait à 58'457

fr. Le taux d'invalidité était ainsi de 30.23 %.[endif]>![if> 43. Le 31 mai 2012, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel celui-ci avait présenté une capacité de travail nulle du 23 avril 2008, puis de 80 % avec une baisse de rendement de 15 % dès le 1^{er} octobre 2008. Les mesures d'instruction avaient démontré que l'atteinte psychique restait compatible avec une capacité de travail de 80 %. L'OAI a repris le calcul du degré d'invalidité du 30 mai 2012 pour déterminer le degré d'invalidité dès cette date. Partant, l'assuré avait droit à une rente entière d'invalidité du 23 avril au 31 décembre 2008. Dès le 1^{er} janvier 2009, le degré d'invalidité de 30 % était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées car elles n'étaient pas de nature à améliorer la capacité de gain. ![endif]>![if> 44. Par courrier du 25 juin 2012, l'assuré a déclaré s'opposer au projet de décision de l'OAI. Il considérait que ses problèmes de dos n'étaient pas pris en compte et que les certificats médicaux démontraient qu'il était incapable de travailler. Le stage à l'Entreprise PRO l'avait d'ailleurs démontré. Le projet ne prenait pas non plus en compte la problématique d'ordre psychique. ![endif]>![if> 45. L'assuré a été engagé comme travailleur au Service socioprofessionnel des ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (EPI) dès le 1^{er} mai 2013. Son taux d'activité était de 30 % sur 35 heures hebdomadaires pour une rémunération horaire de 4 fr. 42. ![endif]>![if> 46. Par décision du 25 juillet 2013, l'OAI a repris les termes de son projet. Il a souligné que la contestation du 26 juin 2012 n'amenait aucun élément médical nouveau. ![endif]>![if> 47. Par écriture du 6 septembre 2013, l'assuré interjette recours contre la décision de l'OAI. Il conclut, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise portant sur les aspects psychiques et somatiques, et au fond à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 23 avril 2008, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision. ![endif]>![if> Le recourant allègue qu'outre ses douleurs au dos, il souffre d'une tendinite et d'une arthropathie aux poignets, qui l'obligent à ne pas trop solliciter cette partie du corps. Il réside actuellement dans un foyer et son état tend à s'aggraver. Son activité en atelier protégé a été établie d'entente avec les responsables en tenant compte de son état de santé, et le taux de 30 % représente le maximum de ses capacités. Il dit être régulièrement suivi pour sa dépression depuis 2008 par le Dr R_____, médecin aux HUG. Le recourant fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de l'évolution de sa situation depuis l'expertise, ni des résultats du stage entrepris et de sa situation psychologique. En effet, une dégradation entre mai 2007 et l'été 2008 est révélée par les IRM. A la suite de l'expertise, le recourant a dû faire appel à de nombreuses reprises à SOS MEDECINS, ce qui démontre l'aggravation progressive de son cas. Cela ressort également des rapports du Dr G_____, qui considère désormais que l'incapacité de travail est de 80 % alors qu'il admettait en 2008 qu'une activité adaptée serait possible. En ne tenant pas compte de ces éléments, l'intimé n'a pas instruit les faits de manière complète. En outre, la décision de l'intimé ne démontre pas en quoi la situation du recourant se serait modifiée entre avril 2007 et fin 2008, alors que les rapports d'IRM démontrent au contraire une dégradation durant cette période. Les observations lors du stage auraient dû conduire l'intimé à constater que le recourant n'était pas apte au travail. Il ajoute qu'il souffre de dépression depuis plusieurs années et le Dr G_____ a relevé que l'évolution physique avait eu une incidence sur son état psychique. Il s'agit là d'un élément à prendre en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail, ce que la décision querellée ne fait pas. Il y a également lieu de tenir compte de ses atteintes aux membres supérieurs. Le recourant produit notamment les pièces suivantes à l'appui de son recours : - rapports d'intervention de SOS MEDECINS en raison de douleurs lombaires ou lumbagos, datés des

20 janvier 2009, des 22, 23 et 28 septembre 2009, des 21 avril et 5 novembre 2010 et du 18 mai 2011 ; [endif]>[if> - courrier du 20 octobre 2009 du Dr S_____, médecin au Service de neurochirurgie des HUG, faisant état de lombalgies avec une très faible compression radiculaire, déconseillant une approche neurochirurgicale et retenant qu'une activité ne sollicitant pas de façon lourde et prolongée la colonne lombaire est possible, la façon du recourant de se mobiliser lors de la consultation ne permettant pas de conclure à un problème vraiment invalidant ; [endif]>[if> - rapport d'échographie de la main droite du 6 avril 2010 du Dr T_____, concluant à des images compatibles avec une tendinite du fléchisseur du carpe avec des signes de péri-tendinite ; [endif]>[if> - rapport d'échographie du poignet droit du 21 mars 2011 du Dr I_____, concluant à une ténosynovite des tendons extenseurs, surtout du carpe radial ; [endif]>[if> - rapport d'IRM du poignet droit du 11 janvier 2013 du Dr U_____, spécialiste FMH en radiologie, retenant une arthropathie pisotriquétrale ; [endif]>[if> - certificat du Dr G_____ du 10 septembre 2013, attestant suivre le recourant en raison de troubles notamment psychologiques, indiquant que son état de santé s'est dégradé sans que les spécialistes consultés ne trouvent de traitement et ajoutant que l'incapacité de travail est de l'ordre de 80 % depuis le début de ses problèmes en 2007. [endif]>[if> 48. Dans sa réponse du 14 octobre 2013, l'intimé conclut au rejet du recours. Après avoir rappelé les principes régissant l'évaluation de l'invalidité, il relève que son évaluation se fonde sur l'expertise du Dr J_____, laquelle correspond aux critères jurisprudentiels et a pleine valeur probante. Les arguments soulevés par le recourant ont été soumis au SMR et ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation, comme cela ressort de l'avis de la Dresse P_____ du 8 octobre 2013, annexé à l'écriture de l'intimé et auquel ce dernier déclare se rallier. Une expertise n'est au demeurant pas justifiée car le dossier contient suffisamment d'indications médicales fiables que les arguments de l'intéressé ne permettent pas de mettre en doute. [endif]>[if> 49. Dans son avis, la Dresse P_____ reprend les différents éléments médicaux. S'agissant du poignet, elle soutient qu'il n'y a pas d'élément suggérant une prise en charge spécialisée ou qui permet de juger de sa sévérité. La dégradation signalée par le Dr G_____ ne mentionne aucun diagnostic précis. Les documents transmis permettent tout au plus de reconnaître des limitations fonctionnelles supplémentaires en ce qui concerne le poignet mais pas de diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée. Le syndrome des apnées du sommeil n'est pas abordé, aucune information n'est fournie et on ignore si ce problème est d'actualité et si le recourant suit le traitement. Quant aux problèmes psychologiques, l'état dépressif moyen est connu et n'a pas été jugé incapacitant. Le dernier appel à SOS MEDECINS datant de 2011, on peut plutôt conclure à une amélioration au plan rachidien puisque le nombre de lumbagos a diminué. Le médecin du SMR note que le foyer où réside le recourant accueille habituellement des personnes souffrant de problèmes d'alcool. Or, le dossier ne mentionne aucune problématique alcoolique et le recourant n'en a pas fait état lors de l'expertise du Dr V_____. Le séjour en foyer évoque ainsi avant tout des difficultés sociales. [endif]>[if> 50. Par réplique du 5 novembre 2013, le recourant persiste dans ses conclusions. Il répète que l'intimé n'a pas tenu compte des constats de l'entreprise PRO et de la dégradation de son état de santé attestée par le Dr G_____. Il fait grief à l'intimé de ne pas l'avoir fait examiner par ses médecins depuis. Une expertise permettrait d'évaluer la sévérité de son problème de poignet. Quant à son trouble psychique, il n'a jamais été réellement investigué. Enfin, le recourant indique qu'il souffre d'un problème d'alcoolisme chronique, qu'il a tu à l'expert en 2009 dès lors qu'il n'en avait alors pas conscience. Il est désormais abstinant depuis 30

mois. [endif]>[if> 51. Dans sa duplique du 25 novembre 2013, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il conteste ne pas avoir tenu compte des conclusions de l'entreprise PRO, puisqu'il a procédé à des compléments d'instruction au plan psychique à leur suite. Ces mesures ont révélé une atteinte psychique compatible avec l'exercice d'une activité lucrative à 80 %. De plus, les informations données par un organe d'observation professionnelle ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin selon la jurisprudence. [endif]>[if> 52. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 28 novembre 2013. [endif]>[if> 53. Sur ce, la cause a été gardée à juger. [endif]>[if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. [endif]>[if> 3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). [endif]>[if> 4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente, ainsi que sur son droit à des mesures d'orientation professionnelle. [endif]>[if> 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 28 al. 2 LAI). [endif]>[if> En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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. 6. Conformément à l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. [endif]>[if> Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession

lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488 consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée. Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (ATFA non publié I 170/06 du 16 février 2007, consid. 3.2 et 3.4). 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) 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. Ainsi, 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). d) 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). 8. Il convient en premier lieu d'examiner les rapports médicaux à disposition. a) S'agissant de l'expertise du Dr J_____, elle a été établie en parfaite connaissance du dossier médical du recourant, que l'expert a également interrogé sur ses plaintes. Les diagnostics et conclusions ont été posés à l'issue d'un examen complet. Ce document satisfait ainsi formellement aux réquisits jurisprudentiels exposés ci-dessus. En ce qui concerne les conclusions, l'expert a expressément relevé la difficulté à déterminer rétroactivement la capacité de travail mais a néanmoins admis une légère amélioration progressive au fil des mois. Si on ignore sur quels éléments cliniques il se fonde pour admettre ces progrès, cet élément n'est pas suffisant pour dénier toute valeur probante au rapport du Dr J_____. Sur ce point, il concorde d'ailleurs avec le certificat établi le 24 juillet 2008 par le Dr G_____, admettant une reprise du travail le 1^{er} septembre 2008 et les indications de ce même médecin du 16 septembre 2008, aux termes desquelles le recourant pouvait exercer une activité adaptée. Partant, on doit reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise. Il faut cependant souligner que l'expert a tenu compte d'une capacité de travail partielle dans une activité adaptée dès le 1^{er} octobre 2008. Le SMR s'est écarté de cette date en retenant celle du 16 septembre 2008, conformément au certificat du Dr G_____. Compte tenu des difficultés annoncées par l'expert pour dater le rétablissement de la capacité de gain du recourant, il est opportun de se rallier au SMR et de se référer aux indications du médecin traitant. Eu égard à ce qui précède, il convient d'admettre que le recourant a présenté une incapacité de travail complète du 24 avril 2007 au 16 septembre 2008, date dès laquelle il disposait d'une capacité de travail de 80 % et d'une diminution de rendement de 15 % dans une activité adaptée, compte tenu de la seule atteinte du rachis. On ne peut en particulier pas suivre le recourant lorsqu'il fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de ses problèmes de dos puisque l'expert – à l'instar d'ailleurs du Dr H_____ dans son avis du 17

janvier 2008 – a admis qu'ils ne permettaient pas la poursuite de l'activité antérieure et a retenu à ce titre plusieurs limitations fonctionnelles ainsi qu'un taux de travail réduit. b) Il n'existe en outre aucun élément médical justifiant que l'on s'écarte de l'expertise. Le médecin traitant a en effet lui-même admis que l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles restait possible. Les consultations ponctuelles en urgence pour des douleurs dorsales ne suffisent pas pour conclure à une aggravation durable des troubles du recourant. Les examens radiologiques pratiqués par le Dr I_____ en février 2010 n'ont de plus pas révélé de changement par rapport à ceux qu'il avait réalisés en août 2008, et dont l'expert a eu connaissance. Quant aux Drs L_____ et N_____, ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail du recourant mais rejoignent l'expert s'agissant du fait que les hernies ne sont pas à l'origine des douleurs puisque le premier de ces médecins a écarté un déficit neurologique et le second a indiqué qu'il n'existait pas d'élément pour une lombalgie spécifique. Le Dr S_____ retient également qu'une activité de travail reste adaptée. Il est vrai que le Dr G_____ a fait état d'une aggravation le 16 septembre 2010. Cela étant, il ne mentionne aucune atteinte nouvelle étayant la dégradation signalée mais annonce une prise en charge psychique, sur laquelle la Chambre de céans reviendra plus loin. Il faut de surcroît relever que les rapports du Dr G_____, outre qu'ils ne comprennent pas les éléments formels nécessaires pour se voir reconnaître valeur probante selon la jurisprudence, ne sont pas exempts de contradictions sur la capacité de travail du recourant. Ce médecin a en effet évoqué en premier lieu une capacité de travail de 60 à 80 % tout en indiquant qu'une activité était possible 4 heures par jour (rapport du 27 octobre 2007), puis d'une capacité de travail de 50 % dès le 9 novembre 2009 et de 100 % dès le 12 décembre 2009 (certificat du 3 novembre 2009), d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (rapport du 16 septembre 2010) alors qu'il a fait état d'une incapacité de travail de 80 % depuis 2007 (rapport du 10 septembre 2013). c) S'agissant des troubles psychiques, ils ont également fait l'objet d'une mesure d'instruction par l'intimé. Ce dernier a en effet interpellé le Dr O_____, qui a conclu que l'atteinte psychique était compatible avec une activité exercée à 80 %. En l'absence de diagnostic psychiatrique nouveau, des examens complémentaires ne se justifient pas. d) Reste à déterminer la portée à donner aux constatations de l'entreprise PRO. Il appartient avant tout aux médecins, et non aux spécialistes de l'orientation professionnelle, de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré souffrant d'une atteinte à la santé et sur les éventuelles limitations résultant de celle-ci. Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle, 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 et les références). En l'espèce, le rapport de stage expose que les efforts excessifs du recourant ont notamment conduit à une tendinite. Or, il n'existe aucun rapport médical faisant état d'une telle atteinte – la seule évocation d'un problème de poignet ressort du rapport du 3 mai 2011 du Dr G_____, qui mentionne une opération du canal carpien en 2009. Pour le surplus, l'entreprise PRO ne rapporte aucune limitation fonctionnelle qui n'aurait pas déjà été prise en compte par l'expert ou les médecins. En particulier, la recrudescence des douleurs dorsales liées à des travaux en

principe proscrits (port de charges, positions en porte-à-faux) ne constitue pas un élément nouveau puisque le Dr H_____ a déjà admis ces limitations fonctionnelles dans son avis du 17 janvier 2008. Quant à la possible atteinte psychique, elle n'est selon le Dr O_____ pas de nature à entraîner une incapacité de travail supérieure à celle admise pour les seuls troubles somatiques. Partant, le rapport de l'entreprise PRO ne permet pas non plus de s'écarter des conclusions de l'expertise. e) Le recourant présente néanmoins deux atteintes dont l'incidence sur sa capacité de gain n'ont pas été investiguées par l'intimé. La Dresse P_____ admet en effet dans son avis d'octobre 2013 qu'aucun élément ne permet d'évaluer la gravité de l'atteinte au poignet diagnostiquée, et que le SMR ne dispose pas de renseignements sur l'évolution et le traitement du syndrome d'apnées du sommeil. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède aux investigations nécessaires afin de déterminer l'importance de ces troubles et leurs répercussions sur la capacité de gain du recourant. Il y aura cas échéant lieu de procéder également à un nouveau calcul du degré d'invalidité, qui devra tenir compte des nouvelles limitations fonctionnelles et des autres facteurs justifiant un abattement sur le revenu statistique, telles que les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la catégorie d'autorisation de séjour et le taux d'occupation (ATF 126 V 75 consid. 5b). 9. Eu égard à ce qui précède, le recours est très partiellement admis. Le recourant a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPG). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé supportera également un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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