

GE_GERICHTE A/3205/2018 vom 22. Mai 2019

GE Cour de justice, 2019-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3205_2018

FR: GE_GERICHTE A/3205/2018 du 22 mai 2019

IT: GE_GERICHTE A/3205/2018 del 22 maggio 2019

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT 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 _____ 1977, a travaillé en dernier lieu comme chauffagiste. Il a cessé de travailler en 2015, après avoir été opéré d'une hernie inguinale gauche, puis avoir souffert d'un burn-out.![endif]>![if> 2. Au bénéfice de prestations cantonales en cas de maladie, l'assuré s'est vu prescrire un arrêt de travail dès le 25 janvier 2016 par la doctoresse B_____, rhumatologue.![endif]>![if> 3. Le 18 octobre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en y invoquant une fracture des vertèbres, un œdème de la colonne vertébrale et une ostéoporose.![endif]>![if> 4. Invités par l'OAI à compléter des rapports, les médecins de l'assuré se sont déterminés comme suit :![endif]>![if> - le 1^{er} novembre 2016, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, a expliqué que l'assuré l'avait consultée la première fois le 28 juillet 2015 pour une douleur du membre inférieur gauche ; elle lui avait alors proposé un traitement par anti-inflammatoires et physiothérapie. Faute d'amélioration, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la hanche gauche avait été réalisée le 31 août 2015, puis le docteur J_____ avait préconisé une hospitalisation. Le 12 janvier 2016, elle avait revu l'assuré, après que celui-ci s'était bloqué le dos sur son canapé. L'évolution étant défavorable, elle l'avait adressé chez une rhumatologue, qui lui avait diagnostiqué une fracture vertébrale. Depuis lors, elle n'avait pas revu l'assuré et ne pouvait donc pas se prononcer sur son éventuelle réadaptation professionnelle ;![endif]>![if> - le 2 novembre 2016, la Dre B_____ a indiqué que l'assuré, opéré d'une hernie inguinale deux ans auparavant, avait subi un burn-out puis, en septembre 2015, un œdème de la tête du fémur gauche ; cet œdème n'apparaissait plus sur une IRM subséquente réalisée en février 2016. Ancien consommateur de stupéfiants, l'assuré avait ressenti un craquement dans la région dorsolombaire en voulant se jeter dans son canapé. En février 2016, une IRM avait montré une fracture de grade 2 de la vertèbre D12 et un œdème postérieur du plateau supérieur de la vertèbre L1. Actuellement, il souffrait encore de douleurs liées à sa fracture et ressentait parfois des brûlures lombaires. Ces douleurs étaient exacerbées par les changements de position. L'assuré faisait de la physiothérapie et un peu de natation, mais demeurait entravé dans le cadre de ses loisirs (graffitis). Une IRM de contrôle avait montré une fracture stable, mais une persistance de l'œdème. L'assuré étant désormais suivi par les Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), elle n'était pas en mesure d'évaluer sa capacité de travail ; ![endif]>![if> - le 23 novembre 2016, le docteur D_____, du département de chirurgie des HUG, a indiqué que suite à sa fracture vertébrale, l'assuré

souffrait toujours de douleurs, notamment au niveau de la charnière lombosacrée et des ischio-jambiers. L'assuré présentait une déformation post-traumatique de la charnière thoraco-lombaire, induisant des mécanismes de compensation (hypocyphose et hyperlordose). À ce stade, une chirurgie n'était pas indiquée, car le traitement conservateur n'était pas encore terminé. Le Dr D_____ laissait le soin au médecin traitant d'évaluer l'incapacité de travail.![endif]>![if]> 5. Dans un rapport du 11 avril 2017, le Dr D_____ a fait état d'une évolution favorable des douleurs liées à la fracture de L1 et des douleurs de la charnière lombosacrée (syndrome hip-spine), grâce à un traitement conservateur. Par ailleurs, l'assuré présentait un œdème au niveau L3-L4, L4-L5 et L5-S1 et un vide intra-articulaire sacro-iliaque, pour lequel une infiltration avait été prescrite. Il devait s'entretenir prochainement avec un spécialiste de la hanche.![endif]>![if]> 6. L'OAI a diligenté une expertise auprès du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 30 août 2017, l'expert a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de « rachialgies avec séquelles de fracture complexe sur ostéoporose de L1, avec irradiation dans les membres inférieurs partant des sacro-iliaques ». Il a également mentionné le diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, de « séquelles de dépendance à la cocaïne et à l'alcool, avec risque de rechute ». En 2014, l'assuré avait été opéré d'une hernie inguinale. En 2015, il avait été victime d'un burn-out, pris en charge par un centre spécialisé, puis avait souffert de douleurs de la hanche gauche. Les imageries réalisées en septembre 2015 témoignaient d'un effondrement de la tête fémorale. Par la suite, après avoir ressenti un craquement en s'asseyant dans son canapé, l'assuré avait souffert de douleurs dorso-lombaires aiguës. Les investigations avaient mis en évidence une fracture vertébrale liée à l'ostéoporose, pour laquelle un traitement avait été prescrit. Ancien consommateur de stupéfiants (cocaïne, ecstasy et cannabis), l'assuré avait par ailleurs subi une cure de désintoxication en 2013 ; il consommait encore trois verres d'alcool par jour et était suivi par un centre spécialisé, qui lui prescrivait du Stilnox et du Temesta. Actuellement, il se plaignait surtout d'une douleur dorso-lombaire apparaissant à l'effort et de douleurs sacro-iliaques, irradiant occasionnellement dans sa jambe gauche. Selon ses dires, il ne pouvait pas porter de charges, la position assise lui était inconfortable et sa marche était limitée à environ une heure, voire un peu plus si le terrain était plane. Pour renforcer sa musculature dorso-lombaire, il faisait de la physiothérapie et de la gymnastique à domicile, ce qui devait lui permettre d'améliorer ses symptômes. Il existait toutefois un risque qu'il retombe dans ses addictions. De l'examen clinique, il ressortait notamment que l'intéressé était en bon état général, qu'il se déplaçait sans difficultés et pouvait marcher ainsi que s'accroupir sans problème. Il ne présentait pas de contractures de la musculature para-vertébrale dorso-lombaire et la mobilité de son rachis, de ses épaules ainsi que de ses hanches était physiologique. Ses genoux présentaient un varus de 2 cm, avec un quadriceps moins fort du côté gauche, tandis que ses chevilles et ses pieds étaient normaux. En raison de son ostéoporose, l'assuré devait éviter les flexions antérieures du rachis « en charge », les travaux impliquant de la force ou comportant un risque de chute, ainsi que le port de charges supérieures à 10 kg. Sa capacité de travail comme chauffagiste était nulle depuis 2015. En revanche, elle était jugée entière dans une activité adaptée, environ trois mois après sa fracture vertébrale, c'est-à-dire depuis la fin du mois d'avril, voire le début du mois de mai 2016.![endif]>![if]> 7. Le 19 septembre 2017, la doctoresse F_____, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), s'est ralliée aux conclusions de l'expertise et a retenu une capacité de travail entière, depuis mai 2016, dans une profession

n'impliquant ni travaux de force, ni risque de chute, utilisation d'échelles, flexions antérieures du rachis ou port de charges supérieures à 10 kg. » 8. Dès le 20 novembre 2017, l'OAI a accordé à l'assuré une mesure d'orientation professionnelle de trois mois auprès des Établissements publics pour l'intégration (ci-après : ÉPI). 9. Le 14 décembre 2017, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a établi un certificat d'arrêt de travail à 50% pour « [la] gestion du temps de récupération et [la] participation [à la] physiothérapie ». 10. Dans un rapport transmis à l'assurance-invalidité le 19 janvier 2018, le Dr G_____ a indiqué qu'en raison d'une recrudescence de douleurs, le taux d'activité de l'assuré dans le cadre de son stage d'observation aux ÉPI avait été revu à la baisse, dans le sens d'une capacité de travail de 50%. L'activité physique se répercutait sur les douleurs lombaires, la position assise étant limitée à 15-30 minutes et la station debout à 10-15 minutes, ensuite de quoi l'assuré souffrait de brûlures lombaires, accompagnées d'une irradiation sacro-iliaque et des cuisses. Jusqu'à cinq fois par matinée, l'intéressé devait faire des pauses en s'allongeant. Les douleurs perduraient jusque dans la soirée et grâce à la récupération nocturne, il pouvait recommencer à travailler le lendemain. Dans ce contexte, la médication (Zaldiar) avait été augmentée. L'examen clinique montrait une limitation des rotations et inclinaisons du côté gauche et de fortes douleurs lors de « l'activation des extenseurs », nécessitant que l'assuré s'appuie avec les deux mains sur les cuisses pour remonter. Étaient également relevées des contractures bilatérales des muscles érecteurs du rachis et une recrudescence des contractures au niveau des carrés, des lombes et du ligament iliocostal gauche. Bien que l'assuré était très motivé à poursuivre une activité professionnelle, la reprise d'une telle activité à 100%, même adaptée, ne paraissait pas envisageable. En revanche, un taux de 50% semblait possible, « sous réserve de stratégies de récupération et de thérapies sous-jacentes ». 11. À l'issue d'un stage « intramuros » et d'une observation professionnelle en ateliers, les ÉPI ont rendu un premier rapport le 9 février 2018, dont il ressort notamment les passages suivants : « [...] L'assuré a partagé avec l'encadrement son inquiétude par rapport à son avenir et sa peur de ne pas pouvoir rebondir professionnellement ou de s'enfoncer encore plus en acceptant un emploi mal payé qui ne lui permettrait pas de faire face à ses charges financières. Au fil des semaines, sa vision de l'avenir vire au noir et tout est perçu négativement [...]. À la sixième semaine de la mesure, [l'assuré] mentionne qu'il est tellement stressé, tellement inquiet pour son avenir qu'il n'arrive plus à dormir et qu'il a replongé dans son addiction à l'alcool. Il nous informe qu'il boit le soir de la vodka ou du pastis avec la prise du Co-Dafalgan [...]. » La conseillère relève la difficulté de concentration que nous évoquons et demande à l'assuré si cela a été diagnostiqué, car il n'y a rien en ce sens dans le dossier SMR. L'assuré dit qu'il a fait des tests il y a quatre ou cinq ans chez MD Consultation, mais qu'il n'est plus suivi actuellement et n'en ressent pas le besoin. Toutefois, il va prendre contact avec l'institution pour que son dossier soit transmis à l'OAI [...]. [L'assuré] ne maintient aucune position de travail de manière durable et les arrêts sont fréquents. Il n'exerce pas d'activités qui nécessitent de travailler avec le buste penché en avant ou avec les bras en élévation au-dessus de l'horizontale. L'assuré n'a pas les capacités de réaliser des activités exigeant de la motricité fine. Les rendements sont inférieurs aux exigences du milieu économique et le rythme de travail baisse en cours de matinée. Les capacités d'attention et de concentration sont faibles. [L'assuré] remet en question de manière systématique les observations de l'encadrement. Il désire travailler seul et n'exprime pas le besoin de demander de l'aide ou des conseils. La qualité de son travail n'est pas exploitable sur le

plan professionnel. Cette posture de la part de l'assuré n'a pas permis de réaliser une observation constructive. Le niveau scolaire est peu développé et l'assuré apprend uniquement dans des situations concrètes, avec un accompagnement de la part de l'encadrement. Actuellement, l'attitude de [l'assuré] démontre qu'il n'a pas les capacités d'intégration sociale pour se réinsérer tout de suite sur le premier marché de l'emploi. Au terme de la période intramuros, nous préconisons de poursuivre l'observation et l'évaluation des capacités de l'assuré dans un atelier de réentraînement des ÉPI, avant d'envisager de l'insérer dans un stage pour valider la piste dans l'archivage et le scannage de documents ».

12. Le 2 février 2018, l'OAI a reçu un bilan d'évaluation rédigé par la docteure H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, concluant que « [...] les résultats des tests psychométriques dans l'enfance indiquent un score de 45, tant par [l'assuré] que par sa mère, correspondant au seuil de significativité. La scolarité mouvementée de Monsieur a été une conséquence probable du trouble de l'hyperactivité dans l'enfance. À l'âge adulte, le score de l'ASRS s'élève à 49, qui est ainsi significatif pour un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (ci-après : TDA-H), confirmé également par les critères DSM ».

13. Dans un avis du 19 février 2018, le Dr I_____ du SMR a estimé que le rapport des ÉPI témoignait de facteurs extra-médicaux. En effet, ce document démontrait que l'assuré avait systématiquement remis en question les observations de l'encadrement et fait preuve de capacités d'intégration sociale insuffisantes pour envisager une réinsertion professionnelle dans l'immédiat. S'agissant du rapport de la Dresse H_____, le SMR faisait remarquer que le supposé TDA-H n'avait jusqu'ici pas empêché l'assuré de travailler. Par ailleurs, s'il paraissait envisageable que ses douleurs rachidiennes se soient exacerbées, comme l'avait indiqué le Dr G_____, cet état ne devrait pas être durable. En conséquence, le SMR maintenait ses conclusions, selon lesquelles l'assuré était pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations.

14. Du 15 janvier au 23 février 2018, l'assuré a effectué aux ÉPI un stage de réentraînement en qualité d'opérateur en industrie, au cours duquel il a dû monter/sertir des stylos et des porte-mines. Les maîtres en réadaptation ont estimé qu'il avait témoigné durant ce stage d'un bon engagement. À l'issue dudit stage, les ÉPI ont rendu un nouveau rapport, le 20 mars 2018, dont les conclusions sont les suivantes : « [...] Le stage de trente jours comme opérateur en industrie dans notre atelier de réentraînement a démontré que l'assuré ne maintient aucune position de travail [longtemps], il alterne les positions toutes les 30 à 45 minutes. Il comprend les consignes, les applique avec justesse et le travail rendu est de qualité. Sur des travaux simples et répétitifs, sa gestuelle est bonne mais lente. Ce stage a mis en évidence des rendements de 50% à 70% au maximum sur un 50%. [L'assuré] a un tonus en « dents de scie », car il fait régulièrement des étirements, se promène dans l'atelier et est souvent en recherche d'une position antalgique pour soulager son dos (perte de rendement). Les raisons suivantes expliquent ces faibles rendements : douleurs au dos, il ne tient pas une position de travail [longtemps] ; tonus général moyen ; alternance des positions très fréquentes, il fait des étirements toutes les 30 à 45 minutes environ pour soulager son dos et ses jambes. Au vu de ce qui précède [...], nous laissons le soin à l'OAI de déterminer s'il y a lieu de demander un complément d'informations médicales ».

15. Le 16 avril 2018, l'OAI a transmis à l'assuré un préavis de décision de refus de prestation.

16. Le 8 mai 2018, l'assuré s'y est opposé, déplorant d'une part une instruction insuffisante de son dossier, vu les troubles psychiques qu'avaient attestés la Dresse H_____ et les ÉPI, d'autre part une évaluation incorrecte de son degré d'invalidité et plus particulièrement de son revenu sans invalidité.

17. Par décision du 7 août 2018, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré toute prestation, considérant qu'il était pleinement capable, depuis le 1^{er} mai 2016, d'exercer une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles. De la comparaison des revenus, il ne ressortait qu'une perte de gain de 4.7%, insuffisante pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ou à un reclassement. S'agissant des arguments invoqués à l'appui de l'opposition, il n'y avait pas lieu de procéder à une parallélisation des revenus, car selon toute vraisemblance, l'assuré, qui n'avait jamais perçu un salaire excédant CHF 81'696.-, se serait contenté du revenu qu'il percevait en 2014. Pour le reste, des mesures d'instruction complémentaires étaient superflues, faute de rapport propre à remettre en question l'appréciation du SMR et celle du Dr E_____.! [endif]> [if> 18. Par acte du 14 septembre 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations d'invalidité, en particulier à une rente. [endif]> [if> En premier lieu, il a reproché à l'OAI d'avoir insuffisamment instruit son dossier, notamment d'avoir fait abstraction de ses atteintes psychiques et des nouveaux éléments mis en évidence par son médecin orthopédiste pour évaluer sa capacité de travail, respectivement de gain. À ce propos, la Dresse H_____ avait évoqué un TDA-H significatif, tandis que le Dr G_____, de son côté, avait fait état d'une recrudescence de ses contractures et d'une capacité de travail limitée à 50%. En second lieu, il a critiqué l'évaluation de son taux d'invalidité, relevant que le revenu sans invalidité retenu par l'administration (CHF 59'026.-) était inférieur de 31% au salaire statistique d'un homme travaillant dans le domaine du chauffage et de la ventilation, selon l'ESS, ce qui commandait d'évaluer sa perte de gain sur la base d'une parallélisation des revenus. 19. Dans sa réponse du 15 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. [endif]> [if> S'agissant de la capacité de travail, il résultait de l'expertise du Dr E_____ que depuis le mois de mai 2016, le recourant était pleinement capable d'exercer une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le recourant ne mettait pas en évidence d'importantes contradictions dans le rapport d'expertise, tant au niveau des diagnostics que des observations cliniques. Le tableau clinique était dominé par une problématique d'ordre physique et rien ne permettait de suspecter l'existence de troubles psychiques limitant la capacité de travail. S'agissant du taux d'invalidité, la jurisprudence prescrivait d'évaluer le revenu sans invalidité aussi concrètement que possible. En l'occurrence, il ressortait du rapport de l'employeur et de l'extrait de compte individuel AVS que si le recourant avait continué de travailler, il aurait perçu un salaire de CHF 59'026.- en 2016. La comparaison dudit montant avec le revenu d'invalidité que l'on pouvait exiger de l'intéressé, d'après les statistiques salariales, ne laissait apparaître qu'une perte de gain de 5%. Par conséquent, une parallélisation des revenus ne se justifiait pas. La décision attaquée était fondée. 20. Par écritures des 9 et 21 novembre 2018, les parties ont persisté dans leurs conclusions et leurs argumentations respectives. [endif]> [if> 21. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. [endif]> [if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. [endif]> [if> 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août inclusivement, le recours

est recevable (art. 38 al. 4 let. b et 56 ss LPGA ; art. 62 ss et 89C let. b de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente. 5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 6. 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). 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 7. a. 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). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a par ailleurs admis qu'il y a lieu dans la comparaison des revenus de tenir compte du fait qu'un assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de

saisonnier), lorsque les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Il a précisé que le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche; ce revenu peut, si les autres conditions sont réalisées, justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5 % (ATF 135 V 297). c. Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 8. a. 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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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). 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). b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation issue d'une 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et les références). c. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). d. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 9. En l'espèce, l'intimé, se fondant sur l'expertise du Dr E_____, considère que l'assuré ne peut plus travailler comme chauffagiste, mais qu'il est pleinement capable, depuis le mois de mai 2016 (trois mois après sa fracture vertébrale), d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant reproche à l'intimé d'avoir insuffisamment instruit son dossier, singulièrement d'avoir fait abstraction de ses atteintes psychiques et des nouveaux éléments - une recrudescence de contractures, pour lesquelles un arrêt de travail à 50% a été prescrit dès le 14 décembre 2017 - mis en évidence par son médecin orthopédiste pour évaluer sa capacité de travail. 10. a. Au plan somatique, la chambre de céans observe que l'expertise réalisée par le Dr E_____ se fonde sur des examens complets, effectués en connaissance du dossier médical, qu'elle tient compte des plaintes exprimées par l'assuré et que ses conclusions sont motivées. Toutefois, dans les faits, la pleine capacité de travail retenue par l'expert est mise en doute par le Dr G_____ qui atteste d'une capacité de travail limitée à 50% et par le stage d'orientation professionnelle qu'a effectué l'assuré aux ÉPI. Si comme le relève le SMR, l'assuré a fait preuve d'un comportement discutable en remettant en question les remarques formulées par l'encadrement dans le cadre des ateliers professionnels, du 20 novembre 2017 au 14 janvier 2018, il n'en demeure pas moins que l'intéressé a rencontré de réelles difficultés d'ordre physique durant le stage de

réentraînement qu'il a effectué du 15 janvier au 23 février 2018, pour lequel son engagement a été qualifié de « bon ». À ce propos, le second rapport des ÉPI (p. 2) précise : « le stage de trente jours comme opérateur en industrie [...] a démontré que l'assuré ne maintient aucune position de travail [longtemps], il alterne les positions toutes les 30 à 45 minutes. Il comprend les consignes, les applique avec justesse et le travail rendu est de qualité. Sur des travaux simples et répétitifs, sa gestuelle est bonne mais lente. Ce stage a mis en évidence des rendements de 50% à 70% au maximum sur un 50%. [L'assuré] a un tonus en « dents de scie », car il fait régulièrement des étirements, se promène dans l'atelier et est souvent en recherche d'une position antalgique pour soulager son dos (perte de rendement). Les raisons suivantes expliquent ces faibles rendements : douleurs au dos, il ne tient pas une position de travail [longtemps] ; tonus général moyen ; alternance des positions très fréquentes, il fait des étirements toutes les 30 à 45 minutes environ pour soulager son dos et ses jambes. Au vu de ce qui précède, [...] nous laissons le soin à l'OAI de déterminer s'il y a lieu de demander un complément d'informations médicales ». Ces constatations, qui suggèrent un rendement nettement diminué – évalué par les ÉPI entre 50% et 70% pour une activité exercée à mi-temps et permettant apparemment d'alterner les positions –, s'écartent des conclusions de l'expert E_____. Comme cela a été exposé ci-dessus (consid. 8b), lorsque l'appréciation issue d'une observation professionnelle s'écarte sensiblement de l'appréciation médicale, il convient au besoin de requérir un complément d'instruction. C'est ce qu'il convient de faire. Partant, la cause sera renvoyée à l'intimé pour qu'il invite l'expert à se déterminer sur les conclusions des ÉPI, s'agissant notamment d'une éventuelle diminution de rendement, et sur celles du Dr G_____. En fonction des réponses données par l'expert, l'intimé déterminera si d'autres mesures d'instruction se justifient au plan somatique. b. Au plan psychiatrique, il ressort du dossier que l'assuré présente un TDA-H, diagnostiqué par la Dresse H_____, et qu'il a subi une cure de désintoxication en 2013, liée à sa consommation d'alcool et de stupéfiants (cocaïne, ecstasy et cannabis). Bien que l'assuré affirme avoir réduit sa consommation, ses problèmes d'addiction semblent persister, puisqu'il a indiqué à l'expert E_____ qu'il buvait encore trois verres d'alcool par jour et demeurait suivi par les médecins d'un « centre spécialisé », qui lui prescrivait du Stilnox et du Temesta. Le premier rapport des ÉPI tend également à confirmer que l'intéressé boit encore, puisqu'il stipule (p. 15) : « [...] [l'assuré] mentionne qu'il est tellement stressé, tellement inquiet pour son avenir qu'il n'arrive plus à dormir et qu'il a replongé dans son addiction à l'alcool. Il nous informe qu'il boit le soir de la vodka ou du pastis avec la prise de Co-Dafalgan ». Par ailleurs, il ressort du rapport des ÉPI que les troubles de la concentration de l'assuré ont largement perturbé le déroulement de la mesure d'orientation professionnelle, si bien qu'à l'issue de celle-ci, la conseillère en réadaptation de l'AI l'a invité à transmettre les rapports médicaux s'y rapportant. Il résulte de ce qui précède que le recourant présente non seulement des atteintes somatiques mais également des troubles psychiques, dont les éventuelles répercussions sur la capacité de travail n'ont pas été investiguées par l'intimé, contrairement à ce que prescrit l'art. 43 al. 1 LPGA. À cet égard, on remarque notamment que les médecins traitant le recourant pour ses addictions, tout comme la psychiatre ayant diagnostiqué son TDA-H, n'ont pas été invités à se prononcer sur sa capacité de travail. 11. Faute d'instruction suffisante, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail, partant sur le degré d'invalidité et le droit aux prestations. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 7 août 2018 et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.!

incombera à l'intimé d'inviter l'expert E_____ à se déterminer sur les conclusions du Dr G_____ et des ÉPI, s'agissant notamment d'une éventuelle diminution de rendement. En fonction des réponses données par l'expert, l'intimé examinera si d'autres mesures d'instruction se justifient sous l'angle somatique. Sous l'angle psychiatrique, l'intimé obtiendra l'avis des spécialistes qui suivent le recourant, puis, si cela est nécessaire pour évaluer sa capacité de travail, ordonnera un examen médical ou une expertise. 12. Vu l'issue du litige, il est superflu d'examiner les autres griefs qu'invoque le recourant, s'agissant en particulier du calcul du degré d'invalidité et du point de savoir si la comparaison des gains doit être effectuée sur la base d'une parallélisation des revenus. 13. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). 14. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). ***** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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