

GE_GERICHTE A/3775/2013 vom 10. Februar 2015

GE Cour de justice, 2015-02-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3775_2013

FR: GE_GERICHTE A/3775/2013 du 10 février 2015

IT: GE_GERICHTE A/3775/2013 del 10 febbraio 2015

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Georges ZUFFEREY 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 _____ 1982, de nationalité suisse, célibataire, titulaire d'un CFC production robotique (BEP) commande numérique (France), a travaillé en Suisse comme serrurier puis comme monteur en charpentes métalliques, en dernier lieu auprès de B_____ SA (ci-après B_____ SA) depuis le 5 janvier 2009.![endif]>![if> 2. Dès le 28 avril 2009, l'assuré a été en incapacité de travail, attestée du 28 au 30 avril 2009 par le Service de médecine de premier recours des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG) et dès le 30 avril 2009 par le docteur C_____, médecin généraliste. ![endif]>![if> 3. Une tomodensitométrie lombaire a été réalisée le 1 er mai 2009 par le Dr D_____, spécialiste FMH en radiologie, laquelle a mis en évidence une déformation du corps de L1 compatible avec l'éventualité de séquelles post traumatiques surplombant une discopathie L1-L2, en L4-L5, une hernie discale intracanaulaire paramédiane droite paraissant compressive, et en L5-S1, une lyse isthmique gauche et une dysplasie isthmique droite, sans spondylolisthésis. La lombosciatalgie droite était apparue pour la première fois en 2004, à l'occasion d'un accident de moto.![endif]>![if> 4. Par rapport du 12 juin 2009 adressé à CONCORDIA, assurance perte de gain, le Dr C_____ a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de hernie discale et de lombosciatique droite suite à l'accident intervenu en octobre 2004. L'assuré était totalement incapable de travailler car il souffrait d'une lombosciatique permanente assez importante. Il ne pouvait rester debout ou assis et présentait des douleurs à la marche. À l'avenir, on pouvait compter sur une augmentation de sa capacité de travail, mais il n'était pas en mesure pour le moment de préciser quelles activités étaient adaptées à son état de santé.![endif]>![if> 5. B_____ SA a licencié l'assuré pour le 31 juillet 2009. ![endif]>![if> 6. Le 10 août 2009, CONCORDIA a annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) le cas de l'assuré en vue d'une détection précoce. ![endif]>![if> 7. Un entretien de détection précoce a eu lieu le 24 août 2009. L'assuré a déclaré qu'il souffrait de problèmes de dos et ne pouvait pas poser la jambe. Son travail de serrurier était physique, en position debout toute la journée, avec port de charges. Il envisageait de reprendre son activité professionnelle ou d'en trouver une autre.![endif]>![if> 8. Le 2 septembre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI, sollicitant l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.![endif]>![if> 9. Le 7 septembre 2009, le Dr E_____ a mentionné que l'assuré avait réagi favorablement aux infiltrations des 4, 12 et 18 août pratiquées par le Dr F_____, spécialiste FMH en radiologie, de sorte qu'il ne présentait plus aucune irradiation distale, juste quelques tiraillements séquellaires

proximaux. L'incapacité de travail était prolongée jusqu'en septembre en raison de la profession de charpentier, éprouvante.![endif]>![if> 10. Le 25 septembre 2009, le Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne, a rendu à la demande de l'assurance CONCORDIA, une expertise rhumatologique concluant à une reprise de travail possible dès le 1er octobre 2009 dans le travail de serrurerie qu'il avait exercé jusqu'à présent, moyennant quelques aménagements. L'assuré, qui ne souhaitait pas quitter son travail dans la construction métallique, souffrait de lombalgies au décours depuis avril 2009 et avait présenté le 28 avril 2009 une sciatique aiguë hyperalgique. À court ou moyen terme, un reclassement professionnel était indispensable, car les risques de récurrence d'une sciatique étaient élevés. L'activité était possible dans toute activité épargnant le port de charges lourdes et ménageant le dos, dès maintenant ou le reclassement professionnel terminé.![endif]>![if> 11. Le 28 octobre 2009, le Dr E_____, médecin adjoint au Service de neurochirurgie des HUG, a estimé que l'expertise du Dr G_____ était bien faite, fouillée, prenait en compte tous les éléments objectifs et analysait parfaitement la situation, sous réserve de l'appréciation d'une capacité de travail dans la petite serrurerie, dès lors que l'assuré faisait de la « charpente métallique en grim pant sur les toits ». Selon lui, l'assuré pourrait travailler dans une activité sans trop de contrainte sur la colonne lombaire, en raison d'une hernie discale démontrée.![endif]>![if> 12. Le 4 décembre 2009, le Dr C_____ a indiqué à l'OAI qu'il suivait l'assuré depuis le 30 avril 2009 et que son incapacité de travail comme « charpentier » était totale du 1er mai 2009 au 30 octobre 2009 (provisoirement), en raison de douleurs et de faiblesses. Depuis son accident, il présentait les diagnostics suivants : hernie discale en L4 ; lombosciatique droite ; discopathie lombaire étagée ; LI cunéiforme et réfraction de son plateau inférieur post-traumatique ; angulation ciphotique en L1-L2 ; hernie intracanalair e L4-L5 compressive en paramédiane droite, sous-luxée avec conflit radiculaire ; dysplasie isthmique du côté droit en L5-S1 bilatérale ; lyse isthmique gauche ; listhésis en L5 bilatérale (congénitale) ; conflit disco-radiculaire L4-L5 et L5-S1 ; infiltration (Drs E_____ et F_____) ; un petit hémangiome dorsal à opérer.![endif]>![if> Les conséquences sur l'état de santé étaient les suivantes : « laxité ligamentaire de la cheville et du genou droits, surtout lorsqu'il s'appuie sur son pied droit ou marche sur un terrain irrégulier ; instabilité de la marche ; membre inférieur droit engourdi ; ne peut pas rester longtemps assis, ni debout ; fessalgie droite importante avec douleurs à la rotation et syndrome facétoire L4/L5 et L5/S1 droit et tentative de traitement par décompression mécanique cutanée (Dr F_____) ; arrêt de travail du 1 er mai 2009 au 31 octobre 2009. Reprise à 100 %, le 1 er novembre 2009, conformément à la décision unilatérale du Dr G_____ ». Selon le Dr C_____, compte tenu de ces éléments et des limitations fonctionnelles, l'activité de charpentier n'était plus exigible. Une reconversion professionnelle lui paraissait mieux adaptée. 13. Le 5 janvier 2010, la Dresse H_____, médecin auprès du SMR, a sollicité de CONCORDIA la production de l'expertise du Dr G_____.![endif]>![if> 14. Le 11 janvier 2010, CONCORDIA a transmis à l'OAI l'expertise précitée, accompagnée du dossier de l'assurance, dont il ressort qu'elle avait versé des prestations jusqu'au 31 octobre 2009, date du dernier certificat, et que par courrier du 10 décembre 2009, elle avait conseillé à l'assuré de s'annoncer auprès de l'assurance-chômage. ![endif]>![if> 15. L'OAI a mis sur pied un stage d'orientation professionnel aux Etablissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) du 1 er au 28 février 2010. Ce stage devait permettre de définir les métiers possibles, d'examiner si les compétences acquises dans le domaine de la serrurerie ou du bâtiment pouvaient encore être mises à profit, et si des mesures professionnelles étaient nécessaires et susceptibles d'être

suivies. ![/endif]>[/if> 16. Par communication du 3 février 2010, l'OAI a pris en charge le stage d'orientation professionnelle précité. ![/endif]>[/if> 17. Par rapport du 4 février 2010 établi sur la base du dossier, la Dresse H_____ a confirmé les diagnostics de lombalgies avec sciatalgies au décours. Les limitations fonctionnelles retenues étaient le port de charges supérieures à dix kilogrammes, les sollicitations dorsales importantes, le mouvement d'antéflexion du tronc et la nécessité d'alterner les positions assis/debout. Contrairement à l'expert G_____, elle estimait que l'activité de serrurier, même aménagée, n'était pas possible, car il y avait un risque net d'invalidité vu la récurrence en rapport avec une atteinte L5 à droite sur une hernie discale [...], les limitations fonctionnelles étant en outre trop importantes et l'activité contraignante. En revanche, dans une activité plus légère, une pleine capacité de travail était exigible dès le 1^{er} octobre 2009. ![/endif]>[/if> 18. Le 19 mars 2010, à l'issue du stage d'orientation professionnelle, les EPI ont indiqué que l'assuré estimait avoir trop mal pour envisager une activité à court terme, ce qui concordait avec leurs observations. La tenue de positions statiques et les activités légères avaient permis de mettre en évidence d'importantes limitations physiques, que l'assuré avait voulu ignorer dans un premiers temps. Ils proposaient de réévaluer l'état physique de l'assuré et d'organiser éventuellement un stage de confrontation dans le domaine de la sécurité. ![/endif]>[/if> 19. Le 23 mars 2010, la Dresse H_____ a relevé qu'il ressortait du stage une discordance par rapport à l'expertise du Dr G_____, de sorte qu'elle préconisait une expertise rhumatologique auprès du Dr I_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne. Dans l'intervalle, elle proposait de poursuivre les mesures professionnelles. ![/endif]>[/if> 20. Par communication du 21 avril 2010, l'OAI a pris en charge, à titre de mesures d'intervention précoce, un stage pratique aux EPI du 20 avril au 5 mai 2010, en vue de vérifier les aptitudes de l'assuré à travailler dans le domaine de la sécurité. ![/endif]>[/if> 21. Par rapport du 6 mai 2010, les EPI ont conclu que l'activité de chargé de sécurité était bien adaptée, puisqu'elle permettait l'alternance des positions assise et debout et n'impliquait pas le port de charges. L'assuré avait montré beaucoup d'intérêt pour ce métier et disposait de bonnes aptitudes pour l'apprendre. Son rendement n'avait toutefois pas été observé car il s'agissait d'un « stage d'observation du métier ». Une bonne mise à niveau en français était nécessaire. ![/endif]>[/if> 22. Conformément à l'avis du SMR du 23 mars 2010, l'OAI a sollicité une expertise auprès du Dr I_____. Dans son rapport du 8 juin 2010, celui-ci a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites non déficitaires non irritatives, d'hernie discale L4-L5 intra-canalair paramédiane droite en contact avec la racine L5 droite, et de lyse isthmique gauche avec dysplasie isthmique droite en L5 sans spondylolisthésis. Il a également posé le diagnostic de perte pondérale d'origine indéterminée. ![/endif]>[/if> Il a expliqué que l'assuré, qui se plaignait de pygalgies droites permanentes, avait été victime en 2004 de lombosciatalgies après avoir fait des efforts de manutention. Suite à une IRM démontrant une hernie discale L4-L5, il avait bénéficié d'un traitement conservateur sous la forme d'infiltrations de corticoïdes auprès du Service de neurochirurgie des HUG, lequel lui avait permis de reprendre son activité professionnelle après quelques mois d'arrêt de travail, mais les lombosciatalgies étaient réapparues le 28 avril 2009 suite à un serrage de boulon. Objectivement, il ne manifestait pas de signe d'amplification de symptômes, les signes de Waddell étant tous absents, mais présentait au niveau rachidien un syndrome lombo-vertébral avec une légère restriction de l'antéflexion, quelques contractures musculaires paravertébrales, le tout dans un contexte de morphotype gracile. Il notait également une péjoration des douleurs lombaires à l'hyperextension et une sensibilité à la

palpation et percussion des apophyses épineuses L4 et L5. Du point de vue neurologique, on constatait tout au plus une légère hypo-dyesthésie dans le territoire L5 droit. Les limitations fonctionnelles étaient les positions statiques, principalement en porte-à-faux et en antéflexion du rachis lombaire, le port de charges supérieures à dix kilogrammes, la marche prolongée et la nécessité d'alterner les positions assise et debout. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de monteur en charpentes avec tout de même une capacité de travail résiduelle d'environ 50 % dans une activité de petite serrurerie ne nécessitant ni port de charges ni de marche prolongée, et permettant l'alternance des positions. Sur le plan psychique, l'expert a déclaré qu'il ne pouvait pas se prononcer, mais qu'une comorbidité psychiatrique ne lui semblait pas exclue. L'assuré était capable de travailler à 100% sans baisse de rendement du point de vue somatique dans toute activité adaptée à ses limitations, telles que surveillant de chantier, préposé à la sécurité des chantiers ou conseiller de vente. Par ailleurs, il semblait motivé à suivre une formation dans le domaine de la sécurité des chantiers, activité qui était adaptée aux limitations et pouvait être « réalisée » à 100% dès maintenant. 23. Par avis du 3 novembre 2010, le Dr J_____, médecin auprès du SMR, a estimé que l'expertise du Dr I_____ confirmait celle du Dr G_____. Se fondant sur celles-ci, il a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès le 28 avril 2009, de 50 % dans une activité de petite serrurerie, puis entière dès le 1er octobre 2009 dans une activité de surveillant de chantiers, préposé à la sécurité des chantiers, ou conseiller de vente. Compte tenu de la probabilité d'une comorbidité psychiatrique soulignée par l'expert, il a proposé de réaliser une expertise psychiatrique. 24. Le 23 novembre 2010, l'OAI a pris en charge un reclassement professionnel sous la forme d'un cours à l'école Info-CAD SA pour l'obtention du diplôme gestion de projets. L'assuré suivrait des cours informatiques accélérés Excel et Word du 3 au 11 novembre 2010 (prix : CHF 1'512.-), un cours soumission et gestion de chantier du 12 novembre au 23 décembre 2010, ainsi qu'à un stage en entreprise du 3 janvier au 25 février 2011 (prix : CHF 7'580.-). 25. À la demande de l'OAI, le Dr K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu le 23 novembre 2010 une expertise concluant à l'absence de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, de sorte que l'assuré bénéficiait sur le plan psychiatrique d'une pleine capacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Il a posé le diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte réactionnel. Son examen avait mis en évidence une absence de symptomatologie dépressive incapacitante, une absence de symptomatologie anxieuse incapacitante, et une absence de signes florides de la série psychotique et de critère de trouble de personnalité selon la classification internationale des maladies (CIM-10). Il a par ailleurs signalé un trouble anxieux et dépressif mixte F41.2, non incapacitant, réactionnel à des difficultés financières et ne devant pas être confondu avec une comorbidité. En outre, comme l'assuré se plaignait d'un tableau algique, il avait apprécié son aspect incapacitant au regard de la jurisprudence mais les critères n'étaient pas tous réunis. En effet, une comorbidité psychiatrique manifeste n'était pas retrouvée ; une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ne pouvait pas être envisagée car l'incapacité de travail datait d'avril 2009 ; une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'était pas non plus présente ; un état psychique cristallisé était difficile à mettre en évidence et « l'échec au traitement de plaint d'envisager plus que aucun traitement psychiatrique n'a été proposé » (sic !). Par ailleurs, l'examen psychiatrique n'avait pas montré de dépression majeure, de syndrome somatoforme persistant

incapacitant, de perturbation de l'environnement psychosocial ou de limitation fonctionnelle psychiatrique. ![/endif]>![if> 26. Le 10 décembre 2010, CONCORDIA a confirmé son refus de prester au-delà du 31 octobre 2009, constatant que l'assuré était médicalement en mesure de reprendre une activité professionnelle et que le cours de réadaptation débuté le 1er février 2010 avait été « interrompu ».![/endif]>![if> 27. Par avis du 14 décembre 2010, les médecins du SMR, se fondant sur les rapports d'expertise des Drs I_____ et K_____, ont confirmé la capacité de travail fixée par le SMR le 22 septembre 2010.![/endif]>![if> 28. Par communication du 6 janvier 2011, l'OAI a modifié le reclassement professionnel dispensé à l'école Info-CAD, en ce sens que l'assuré accomplirait un cours Autocad 2D et 3D du 10 janvier au 4 mars 2011, et un stage en entreprise du 7 mars au 4 mai 2011.![/endif]>![if> 29. Par rapport du 18 mai 2011, Info-CAD a exposé que le stage en entreprise s'était bien passé, car l'assuré avait pu approfondir ses connaissances sur Autocad, mais qu'il avait besoin de plus de pratique sur le dessin technique et la présentation de projets. ![/endif]>![if> 30. Par communication du 23 mai 2011, l'OAI a indiqué à l'assuré que le stage avait été prolongé jusqu'au 11 mai 2011 et que le reclassement se poursuivrait par la préparation du diplôme CAO 3DStudio Max du 25 mai au 15 août et du 5 septembre au 2 novembre 2011 (prix : CHF 11'800.-).![/endif]>![if> 31. Le 2 novembre 2011, l'OAI a pris contact avec l'école Info-CAD pour obtenir des nouvelles de l'assuré. Celui-ci travaillait sur un programme de dessin et avait beaucoup appris. Trois entreprises avaient été approchées en vue d'un stage et l'école attendait leurs réponses. En outre, il éprouvait des difficultés pour maintenir la position assise et des changements de chaise ne s'étaient pas révélés satisfaisants.![/endif]>![if> 32. Par entretien téléphonique du 29 novembre 2011, l'OAI a repris contact avec l'école Info-CAD. L'assuré préparait son stage final et quatre entreprises étaient intéressées à le prendre en stage avec possibilité d'engagement, mais pas avant mi-janvier 2012. Jusque-là, l'assuré poursuivait son travail de préparation. L'école reconnaissait ne pas avoir annoncé à l'OAI que l'assuré souffrait de douleurs, mais soulignait qu'un travail dans un bureau et sur les chantiers lui permettrait de varier les positions. ![/endif]>![if> 33. Par communication du 30 novembre 2011, l'OAI a informé l'assuré que son reclassement professionnel auprès de l'école Info-CAD se poursuivrait du 3 novembre 2011 au 14 janvier 2012. Cette période devait être consacrée à plein temps à la préparation du stage final et pourrait au besoin être raccourcie, pour débiter le stage pratique de deux mois. Aucune autre prolongation ne serait accordée. ![/endif]>![if> 34. Par courrier du 21 décembre 2011, l'assuré, représenté par un conseil, a transmis à l'OAI un certificat du 13 décembre 2011 signé par le Dr L_____, médecin généraliste, attestant qu'il ne pouvait travailler à plus de 50%.![/endif]>![if> 35. Le 24 janvier 2012, l'école Info-CAD a informé l'OAI que l'assuré suivait un stage auprès de la serrurerie P_____ du 16 janvier au 23 mars 2012.![/endif]>![if> 36. Le 12 avril 2012, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a sollicité de l'OAI la confirmation qu'il prendrait en charge la poursuite de son stage. En outre, il a demandé l'accord de l'OAI pour un cours de perfectionnement. ![/endif]>![if> 37. Le 16 avril 2012, l'OAI a informé le conseil de l'assuré qu'il n'avait pas encore pu définir si le reclassement en cours devait être prolongé et devait revoir la situation médicale compte tenu de la capacité de travail de 50% attestée par le Dr L_____. Enfin, l'assuré n'avait jusque-là présenté aucune demande au sujet d'une mesure de perfectionnement.![/endif]>![if> 38. Par courriers des 8 mai et 21 juin 2012, l'assuré a requis de l'OAI la prise en charge d'un diplôme de technicien en serrurerie charpente métallique et a rappelé que le Dr L_____ préconisait une activité à 50%

permettant l'alternance des positions. Ce diplôme était obligatoire pour trouver un emploi dans le domaine et son maître de stage était prêt à l'engager, à condition qu'il prenne des cours et soit capable de travailler comme technicien. Le Dr L_____ n'était pas d'accord avec la reconversion actuelle comme dessinateur, qui supposait une position assise pendant une bonne partie de la journée contrairement à la profession de technicien. Il n'était pas non plus d'accord avec une activité à 100% et préconisait un travail à 50% avec alternance des positions. L'assuré a annexé à son courrier du 8 mai 2012 une attestation de M. P_____, stipulant que l'assuré avait besoin de cours supplémentaires concernant le dessin et les normes relatives aux constructions métalliques, à défaut de quoi il ne pourrait poursuivre son activité de réinsertion. 39. Le 30 juillet 2012, l'OAI a répondu aux courriers de l'assuré des 8 mai et 21 juin 2012. Il considérait que les différentes formations entreprises auprès d'Info-CAD et les stages pratiques lui avaient permis d'acquérir des connaissances suffisantes dans une activité adaptée. En outre, l'assuré aurait actuellement terminé sa formation de chargé de sécurité, y compris un stage pratique de six mois. L'OAI acceptait de prolonger la mesure en cours jusqu'au 31 décembre 2012, mais refusait la prise en charge d'un diplôme fédéral de technicien en génie civil et bâtiment. 40. Par communications des 30 juillet et 31 août 2012, l'OAI a prolongé le reclassement entrepris dans l'entreprise de serrurerie P_____ jusqu'au 31 décembre 2012. 41. Par rapport du 5 août 2012, le Dr L_____ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites depuis 2004. Il a également posé le diagnostic de neuropathies de la main droite depuis janvier 2011. L'assuré se plaignait de douleurs permanentes augmentées après un certain temps qui l'obligeaient à changer souvent de position. Le médecin estimait que le pronostic était favorable, pour autant que l'assuré puisse bénéficier d'un poste de travail adapté. Ce dernier était serrurier, n'envisageait pas de changer de profession et était limité par ses douleurs. Il était possible qu'il garde ce métier, pour autant qu'il puisse alterner les positions. L'activité antérieure, adaptée, était exigible à 50% avec un rendement réduit, mais la place de travail devait mobiliser le corps entier et ne pas entraîner des efforts brusques. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les activités uniquement en position assise ou debout, la position penchée, à genoux ou avec les bras au-dessus de la tête, les activités exercées principalement en marchant, la montée d'échelles ou d'escaliers, le port de charges supérieures à cinq kilogrammes, la capacité de concentration et de résistance. Le Dr L_____ a notamment joint : - un rapport du 10 septembre 2010 du Dr M_____, médecin adjoint au service de rhumatologie des HUG, attestant d'une récurrence et d'une aggravation des symptômes. Une attitude chirurgicale devait être reconsidérée ; - un rapport du 15 octobre 2010 du Dr N_____, médecin adjoint au département de chirurgie des HUG. Une IRM de septembre 2010 montrait une protrusion médiane mais plus de hernie discale luxée, de sorte qu'il ne pouvait pas aider l'assuré d'un point de vue chirurgical ; - un rapport du 4 janvier 2011 signé par le Dr O_____, spécialiste FMH en neurologie, attestant de douleurs persistantes de la fesse et de la tête du péroné qui obligeaient l'assuré à changer de position, et de lancées dans la main droite. L'examen neurologique était normal. 42. Par courrier du 8 août 2012, l'assuré a contesté le courrier de l'OAI du 30 juillet 2012, dès lors qu'il était toujours partiellement incapable de travailler et ne pouvait exercer une activité assise que pendant deux heures au maximum, la formation sollicitée étant de surcroît nécessaire pour être engagé par son employeur. Il a demandé le prononcé d'une décision formelle de l'OAI. 43. L'OAI a été informé le 2 novembre 2012 par M. P_____ que l'assuré avait interrompu son stage, car il s'était fâché avec un ouvrier de la

serrurerie et était parti sur un coup de tête. L'assuré lui avait transmis un arrêt de travail à 100% et il n'était pas question que celui-ci reprenne le stage interrompu. Depuis plusieurs mois, il effectuait son stage à 50% et à la demande de l'OAI, avait parfois augmenté son temps de travail à 60% ou 70%.! [endif]>![if> 44. Par avis du 12 novembre 2012, le Dr Q_____, médecin auprès du SMR, a exposé que le rapport du Dr L_____ attestant d'une capacité de travail à 50% ne contenait aucune justification médicale, et que son rapport subséquent du 5 août 2012 n'apportait pas de nouveau diagnostic ni d'argument quant à une aggravation de l'état de santé, de sorte qu'il fallait s'en tenir aux conclusions du SMR du 14 décembre 2010 selon lesquelles la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. ! [endif]>![if> 45. Par courrier du 21 novembre 2012, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il était actuellement totalement incapable de travailler. Il lui a transmis trois certificats du Dr L_____ attestant d'une incapacité de travail totale pour cause de maladie du 9 octobre au 30 novembre 2012. ! [endif]>![if> 46. Les 17 janvier et 5 février 2013, le conseil de l'assuré a sollicité une nouvelle mesure de réadaptation dans un autre domaine d'activité, dès lors que le stage de chargé de sécurité avait été interrompu au profit d'une mesure de réadaptation dans un domaine non conforme à sa situation médicale. Il a joint à ses écritures deux certificats du Dr L_____, attestant d'une incapacité de travail totale en décembre et janvier 2013. ! [endif]>![if> 47. Selon le calcul de l'OAI du 18 avril 2013, le degré d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2009 était de 22,4%. Le revenu sans invalidité en 2009 a été fixé à CHF 67'082.–, conformément au rapport de l'employeur B_____ SA qui mentionnait un salaire horaire de CHF 29.77 quarante heures par semaine, complété par un treizième salaire. Le revenu avec invalidité en 2009 s'élevait à CHF 52'054.– et était fondé sur l'ESS 2008 (TA1, homme, ligne total, niveau 4) indexé jusqu'en 2009, compte tenu d'un taux d'activité raisonnablement exigible de 100%, d'une durée hebdomadaire de travail de 41,6 heures et d'un abattement de 15% (limitations fonctionnelles et activité légère). ! [endif]>![if> Le degré d'invalidité dès la fin des mesures professionnelles, le 6 décembre 2012, était de 7,2%. Le revenu sans invalidité en 2013 a été fixé à CHF 68'182.– et indexé jusqu'en 2011, l'indice pour 2012-2013 n'étant encore connu. Le revenu avec invalidité était fondé sur l'ESS 2010, indexé, pour une activité de technicien de niveau 4 (TA 7, homme, ligne 30, niveau 4), compte tenu d'un taux d'activité raisonnablement exigible de 100%, d'une durée hebdomadaire de travail de 41,6 heures et d'un abattement de 10% (limitations fonctionnelles uniquement). L'OAI n'avait pas tenu compte de l'ESS niveau 3, trop élevé vu le cursus de l'assuré. 48. Par rapport du 19 avril 2013, la conseillère en réadaptation de l'OAI a estimé que l'assuré avait acquis les connaissances nécessaires à faire valoir sur le marché du travail pour exercer une activité adaptée à 100%. ! [endif]>![if> Il ressort également de ce rapport qu'un entretien avec l'assuré a eu lieu le 16 novembre 2012. Celui-ci considérait ne pas être en mesure de travailler comme surveillant de chantier ou technicien, car un sol instable le dérangeait. Il avait parfois passé quatre heures au bureau et n'avait pas toujours alterné les positions, ce qui lui avait posé des problèmes. Sur les chantiers, il avait un problème de sensibilité accrue au froid et n'y allait plus depuis environ deux mois. Par conséquent, le reclassement entrepris n'était pas adapté et il souhaitait pouvoir reprendre une formation, par exemple comme surveillant de chantier. 49. Par arrêt du 23 juillet 2013, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a partiellement admis une demande en paiement LCA déposée par l'assuré le 16 avril 2012 et condamné l'assurance CONCORDIA à lui verser une indemnité journalière du 1^{er} mai 2010 au 27 avril 2011. Le tribunal a notamment constaté que l'expertise du Dr G_____ n'était pas probante dans son appréciation de la capacité de travail. Une activité

dans la serrurerie, même légère, n'était pas du tout exigible de l'assuré, qui était totalement incapable d'exercer son ancienne activité. C'était au plus tôt le 12 mai 2011, jour de l'obtention des diplômes de formation continue (DAO/CAO, Autocad 2D et 3D, gestionnaire de projet-soumission et gestion de chantier) voire au 1^{er} juillet 2012, à l'issue de son dernier stage, qu'il était à même d'exercer une activité adaptée, de sorte qu'une activité de surveillant de chantier, préposé à la sécurité ou conseiller en vente n'était pas raisonnablement exigible du 1^{er} mai 2010 au 30 avril 2011. 50 Le 13 septembre 2013, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision lui refusant le droit à une rente d'invalidité. En effet, depuis le 28 avril 2009, sa capacité de travail était restreinte dans son activité habituelle de serrurier, non exigible, mais il bénéficiait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} octobre 2009. Au 1^{er} octobre 2009, son degré d'invalidité s'élevait à 22,40% et ouvrait droit à des mesures de reclassement professionnel. À cet égard, l'OAI avait pris en charge des formations théoriques et pratiques pour permettre notamment à l'assuré de travailler comme technicien en serrurerie, domaine adapté à ses limitations. Il avait envisagé de mettre en place une AIT (pour autant qu'un contrat de travail soit signé) à l'issue du stage pratique débuté auprès de l'entreprise P_____ qui devait être suivi jusqu'au 31 décembre 2012, mais cette possibilité n'avait pas pu être examinée vu l'arrêt prématuré du stage. En tout état de cause, l'assuré avait acquis les connaissances nécessaires à faire valoir sur le marché de l'emploi dans une activité adaptée à plein temps. À la fin des mesures professionnelles, son degré d'invalidité s'élevait à 7,2%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. 51 Le 15 octobre 2013, l'assuré a contesté le projet de décision du 13 septembre 2013, concluant à la mise en œuvre d'une expertise neutre et à l'octroi d'une rente d'invalidité. 52 Par décision du 23 octobre 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 septembre 2013. 53 Par acte du 25 novembre 2013, l'assuré a interjeté recours, concluant, sous suite de dépens, préalablement à l'audition du Dr L_____, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale, plus subsidiairement à la mise en œuvre de nouvelles mesures de réadaptation professionnelle ou de reclassement. Il a soutenu que la décision querellée ne tenait pas compte de la dégradation de son état de santé, qu'elle se fondait notamment sur l'expertise du Dr G_____ dont la valeur probante avait été niée par arrêt de la chambre de céans 29 juillet 2013, et que les mesures de réadaptation n'avaient pas abouti. Compte tenu du temps écoulé depuis l'expertise du Dr G_____, de la dégradation de son état de santé et de l'échec des mesures de réadaptation, la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise judiciaire s'imposait. Il était totalement incapable de travailler en raison d'atteintes somatiques, comme certifié à plusieurs reprises par le Dr L_____ et comme le confirmait son rapport du 21 novembre 2013, mentionnant un arrêt de travail complet depuis le 1^{er} octobre 2012. Par ailleurs, il avait tout entrepris pour réduire son dommage en suivant des mesures de réadaptation qui n'avaient pas abouti au résultat escompté, de sorte qu'aucun grief ne pouvait lui être adressé. Enfin, l'échec des efforts entrepris pour se réinsérer dans le monde du travail étaient dus notamment à ses limitations fonctionnelles, si bien qu'il se prévalait d'un abattement de 25%. 54 À l'appui de ses écritures, le recourant a notamment joint : - un rapport du Dr L_____ du 31 août 2013, confirmant que l'assuré souffrait de douleurs chroniques de l'appareil moteur et d'un état dépressif réactionnel à ses douleurs et son manque de ressources financières. - un rapport du Dr L_____ du 21 novembre 2013. L'assuré avait subi dès octobre 2004 des douleurs lombaires post-traumatiques, traitées par infiltrations. Une reprise du travail à 50% était intervenue le

12 septembre 2005. Le 28 avril 2009, il avait de nouveau souffert de douleurs lombaires. Il avait subi un arrêt de travail du 1^{er} mai au 31 octobre 2009, et suite à un traitement antalgique et à une compression percutanée du syndrome facétoire L4-L5 et L5-S1 droit, les douleurs avaient diminué. Le Dr L_____ avait vu s'installer un état dépressif dès fin 2011 qui avait nécessité un traitement antidépresseur. Un nouvel arrêt de travail était intervenu depuis octobre 2012. À l'appréciation, il a exposé que l'assuré avait gardé des séquelles de ses deux accidents du travail, dont les experts avaient minimisé la portée. La reprise du travail sans aménagement d'une activité adaptée avait aggravé sa situation et abouti au développement d'un syndrome douloureux chronique et d'un état dépressif réactionnel. Si l'assuré avait été largement investigué au plan somatique, on ne disposait pas d'expertise psychiatrique et il avait le sentiment que l'assuré présentait des traits de personnalité de type borderline, qui avaient probablement joué un rôle dans les appréciations des somaticiens et éducateurs. Un expert pourrait confirmer la présence de symptômes relevant d'une personnalité borderline. 54. Par réponse du 16 décembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a fait valoir que les deux expertises (rhumatologique et psychiatrique) avaient conclu à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1^{er} octobre 2009. Les rapports du Dr L_____ n'apportaient aucun élément justifiant une aggravation de l'état de santé, comme cela ressortait de l'avis du SMR du 12 novembre 2012. En outre, on ne pouvait remettre en cause une expertise du seul fait qu'un médecin traitant avait une opinion contradictoire. Il ne ressortait pas des griefs invoqués d'éléments susceptibles de remettre en cause les conclusions du SMR, car le recourant se limitait à souligner les divergences d'appréciation de la capacité résiduelle de travail sans mettre en évidence de contradictions concernant les diagnostics ou les observations cliniques. Le dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause, de sorte que toute investigation complémentaire était inutile. S'agissant de l'abattement de 10% admis par l'OAI, il n'y avait pas d'autre élément déterminant que les limitations fonctionnelles, si bien qu'il n'avait pas abusé de son pouvoir d'appréciation. 55. Par réplique du 13 mars 2013, le recourant a fait valoir qu'il contestait l'expertise du Dr I_____ notamment sur les points suivants : l'amaigrissement constaté n'avait pas une origine indéterminée mais était dû à son manque de ressources financières pour se nourrir et à l'effet des médicaments ; l'évolution des douleurs était très sensible aux changements de température ; l'interruption des activités sportives n'était due qu'à l'intensité des douleurs ; il ne possédait pas de télévision ; il n'était plus en mesure de conduire en raison de ses douleurs dorsales ; il n'avait pas eu d'arrêt de travail avant son accident de 2004 ; ses limitations fonctionnelles imposaient un sol plat et une alternance des positions assise et debout. De surcroît, l'expertise précitée était fondée partiellement sur celle du Dr G_____, dont la valeur probante avait été niée, et ne tenait pas compte de la dégradation de son état de santé car elle remontait à trois ans. Par ailleurs, les EPI avaient demandé le 19 mars 2010 une réévaluation de son état de santé, démontrant que celui-ci n'était pas stabilisé. Compte tenu du refus de mettre en œuvre des investigations complémentaires, il était sur le point de solliciter des investigations auprès de la Clinique romande de réadaptation afin de démontrer l'aggravation de son état de santé. Il réitérait enfin qu'un abattement de 25% s'imposait. 56. Par écriture du 10 avril 2014, le recourant a informé la chambre de céans que l'évaluation auprès de la Clinique romande de réadaptation était sur le point d'intervenir, l'assurance maladie ayant donné son accord. Il a joint à ses écritures copie d'un courriel du Dr L_____, confirmant la prise en charge par l'assurance-maladie d'une évaluation de trois semaines dans la clinique précitée, laquelle convoquerait

directement l'assuré. [endif]>[if> 57. Par duplique du 11 avril 2014, l'OAI a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours, réitérant que l'assuré n'avait pas apporté d'élément permettant de remettre en cause les diagnostics retenus par l'expert ou attestant d'une aggravation de son état de santé postérieure à l'expertise du Dr I_____, de sorte que c'était à raison qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée avait été retenue. [endif]>[if> 58. Le 29 septembre 2014, le recourant a indiqué à la chambre de céans qu'il rencontrait des difficultés pour réunir l'avance de frais exigée pour la mise en œuvre de l'expertise. [endif]>[if> 59. Par écriture du 26 novembre 2014, il a sollicité la suspension de la procédure jusqu'à que le rapport de la Clinique romande de réadaptation soit rendu. [endif]>[if> 60. Le 4 décembre 2014, l'intimé s'est opposé à la demande de suspension de la procédure, soutenant que les expertises rhumatologiques et psychiatriques figurant au dossier devaient se voir reconnaître pleine valeur probante et qu'aucun élément médical ne justifiait une instruction complémentaire. [endif]>[if> 61. 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; RS 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. [endif]>[if> 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). [endif]>[if> En l'espèce, les faits juridiquement pertinents remontent à 2009. Par conséquent le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5 ème révision de cette loi, puis dès le 1 er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). 4. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). [endif]>[if> 5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à de nouvelles mesures de réadaptation, singulièrement de reclassement. [endif]>[if> 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. a. 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, dans 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. b. 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). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité

(Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

!> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans

le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 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. 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). c. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). 9. a. Afin de se prononcer sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité et à de nouvelles mesures de réadaptation, il convient en premier lieu de déterminer sa capacité de travail. L'intimé a fait siennes les conclusions du SMR, fondées sur les expertises des Drs I_____, G_____ et K_____, selon lesquelles le recourant a été totalement incapable de travailler dès le 28 avril 2009, mais disposerait depuis le 1^{er} octobre 2009 d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée de petite serrurerie (sans port de charges) et de 100% comme surveillant de chantier, préposé à la sécurité des chantiers ou conseiller en vente. Le recourant conteste l'expertise du Dr I_____ et soutient que celle-ci, antérieure de plus de trois ans à la décision querellée, ne tient pas compte de l'aggravation de son état de santé, de sorte qu'une expertise médicale judiciaire se justifie. Il se prévaut d'une incapacité de travail totale, certifiée à plusieurs reprises par le Dr L_____ depuis octobre 2012. Dans son rapport du 21 novembre 2013, ce médecin expose que la reprise du travail sans aménagement d'une activité adaptée a aggravé la situation et abouti au développement, dès fin 2011, d'un syndrome douloureux chronique et d'un état dépressif réactionnel. Dès lors, il sied d'examiner la valeur probante

des rapports d'expertises rhumatologiques et psychiatriques des Drs G_____, I_____, et K_____. b. Sur le plan rhumatologique, la chambre de céans a déjà jugé que l'expertise du Dr G_____, bien que répondant à certains réquisits jurisprudentiels, n'était pas probante dans son appréciation de la capacité de travail en raison de ses conclusions confuses (cf. ATAS/761/2013 du 29 juillet 2013, consid. 7). Il n'y a pas lieu de s'écarter sur ce point de la jurisprudence susmentionnée. c. S'agissant de l'expertise du Dr I_____, il est surprenant que celle-ci ne discute pas du rapport des EPI du 19 mars 2010 alors que ce document est précisément à l'origine de sa mise en œuvre. Les EPI concluaient à la présence de limitations somatiques importantes et proposaient une réévaluation ultérieure de l'assuré. On peine au demeurant à comprendre la pleine capacité de travail retenue, dans la mesure où le Dr I_____ fait état d'une diminution de rendement dont il dit avoir tenu compte dans son appréciation. En outre, bien qu'une activité de serrurier, même adaptée, ait été totalement exclue par la Dresse H_____ en raison de limitations fonctionnelles et d'un risque clair d'invalidité (cf. rapport du 4 février 2010), l'expert rhumatologue mentionne une capacité de travail résiduelle de 50% dans la petite serrurerie, sans motiver sa conclusion ni exposer les motifs sur lesquels il se fonde pour s'écarter du SMR, auquel il ne fait jamais référence. Enfin, l'expert atteste d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles mais omet de préciser la date à compter de laquelle une telle activité serait exigible. Partant, la chambre de céans estime que les conclusions du Dr I_____, fondées sur une anamnèse incomplète, ne sont pas suffisamment motivées et convaincantes pour qu'une pleine valeur probante puisse leur être reconnue. d. En revanche, sur le plan psychiatrique, la chambre de céans constate que l'expertise du Dr K_____ est conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Celle-ci repose en effet sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de l'assuré et des examens cliniques complets. Ses diagnostics sont clairs et ses conclusions motivées. Celles-ci sont également dépourvues de contradictions. Le recourant n'invoque aucun argument concret permettant de mettre en doute la valeur probante du rapport du Dr K_____. Il ne met notamment pas en exergue d'élément objectif ignoré par l'expert ni de contradictions intrinsèques. Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter des conclusions de ce rapport, attestant sur le plan psychiatrique d'une pleine capacité de travail jusqu'au 23 novembre 2010, date de l'expertise. 10. L'assuré allègue que la décision litigieuse ne tient pas compte d'une péjoration de son état de santé. [endif]>![if> La chambre de céans constate que la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé intervenue entre l'expertise psychiatrique de novembre 2010 et la décision litigieuse d'octobre 2013 n'est pas en l'état d'être jugée, faute d'avoir été suffisamment élucidée. En effet, le Dr L_____ mentionne depuis janvier 2011 des neuropathies de la main droite et depuis fin 2011, un syndrome douloureux chronique ainsi que d'un état dépressif réactionnel, ce qui l'a conduit à prescrire un traitement antidépresseur. Il a également attesté d'une incapacité de travail de 50% dès décembre 2011 et de 100% depuis octobre 2012. Cette éventuelle aggravation de l'état de santé n'a pas été instruite par l'intimé, motif pris qu'elle n'était corroborée par aucun élément objectif. Cependant, la chambre de céans estime qu'elle ne saurait être écartée d'emblée, attendu que les diagnostics de syndrome douloureux chronique et de neuropathies sont postérieurs aux expertises ordonnées par l'OAI et n'ont pas du tout été discutés par les experts. 11. Comme l'intimé a fondé sa décision essentiellement sur des expertises rhumatologiques ne bénéficiant pas d'une pleine valeur probante et qu'il n'a de surcroît pas instruit la question de l'éventuelle aggravation intervenue depuis l'expertise du Dr K_____, un renvoi du

dossier pour instruction complémentaire se justifie, étant rappelé qu'il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives. Dite instruction sera mise en œuvre par une nouvelle expertise en rhumatologie et psychiatrie selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA. Il conviendra que les experts se prononcent sur l'état de santé du recourant, sa capacité de travail et l'évolution de celle-ci. 12. Au vu de ce renvoi et dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimé est incomplète, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire, ni de suspendre la procédure jusqu'à réception d'un éventuel rapport d'expertise privée. Si le recourant entend se prémunir d'un tel rapport, il lui sera loisible de le faire dans le cadre de l'instruction complémentaire qui sera mise sur pied par l'intimé. 13. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci de mettre en œuvre l'expertise précitée selon la procédure prévue par l'art. 44 LPGA puis de rendre une nouvelle décision portant sur le droit à de nouvelles mesures de réadaptation, singulièrement de reclassement, et à une rente. Le recourant, représenté par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). 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 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). 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.