

GE_GERICHTE A/3982/2015 vom 16. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3982_2015

FR: GE_GERICHTE A/3982/2015 du 16 août 2016

IT: GE_GERICHTE A/3982/2015 del 16 agosto 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.08.2016 A/3982/2015

A/3982/2015 ATAS/624/2016 du 16.08.2016 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3982/2015 ATAS/624/2016 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 16 août 2016 1 ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT SCHEIDEGGER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1973, exerçait la profession d'employé de cafétéria depuis le 1 er septembre 2007 à l'EMS B_____. Il a cessé toute activité lucrative dès le 4 avril 2012, en raison d'une hernie discale pour laquelle il a subi une intervention chirurgicale le 21 juin 2012. 2. Son employeur a annoncé son cas en détection précoce auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le 22 août 2012. Au terme de l'entretien y relatif, conduit le 3 octobre 2012, il lui a été recommandé de déposer une demande de prestations AI, ce qu'il a fait le 20 novembre 2012. L'assuré a été licencié le 30 octobre 2012, avec effet en février 2013. 3. Dans un rapport du 20 novembre 2012, la doctoresse C_____ a indiqué que son patient souffrait de lombalgies lombaires et d'une hernie discale L4-L5, opérée le 21 juin 2012, et compliquée par l'apparition d'un abcès épidual L4-L5 gauche. Elle a évalué la capacité de travail à 50% dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée. 4. Il résulte d'une note de travail interne à l'OAI du 21 mars 2013 que l'assuré perçoit des indemnités journalières de l'assurance-chômage depuis le 1 er mars 2013. 5. Dans une nouvelle note de travail datée du 22 avril 2013, il s'avère que l'assuré est toujours au bénéfice d'un certificat médical à 50%, mais qu'il est question d'une reprise à 100%. 6. L'assuré a été mis au bénéfice d'une mesure d'intervention précoce sous forme d'une orientation professionnelle dans le cadre des établissements publics pour l'intégration (EPI) du 3 au 28 juin 2013. 7. À l'issue du stage, les EPI relèvent que l'assuré est « assez positif dans son approche de la vie et des autres et ne s'attarde pas trop sur ses douleurs ou difficultés, mais ses difficultés sont bien présentes. Sur le plan des positions, aucune n'est actuellement franchement favorable au travail salarié (même simple) exigeant en production (rendement) et en polyvalence. La position assise pourrait convenir, mais tant que sa situation ne s'est pas améliorée, son manque de qualification et son faible niveau de français oral ne lui laissent que des plages très étroites sur le marché de l'emploi ». Ils ont proposé ainsi de le mettre au bénéfice d'un cours de français oral en immersion et d'une aide au placement très appuyée (rapport du 1 er juillet 2013 des EPI). 8. La prise en charge de cours intensifs de français a été accordée à l'assuré. 9. Le 23 juillet 2013, le médecin du SMR a pris note

des conclusions du rapport de stage, selon lesquelles l'activité de serveur n'est définitivement plus possible, mais a rappelé que selon le médecin traitant, l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. [endif]>[if> 10. Le 29 octobre 2013, l'assuré a informé l'OAI que des investigations médicales avaient révélé la présence de deux hernies supplémentaires. Il est en incapacité totale de travail à compter du 30 octobre 2013. [endif]>[if> 11. Un rapport de clôture IP a dès lors été établi le 20 novembre 2013, étant constaté que la situation ne permettait pas de mettre en place une mesure d'orientation en vue d'un placement. Un degré d'invalidité de 7% a été déterminé, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée L'OAI s'est basé sur un revenu annuel brut raisonnablement exigible avec invalidité de CHF 56'021.- selon l'ESS 2010, tableau TA1, total service homme, activité de niveau IV, année 2012, avec un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles, et un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 60'288.-. [endif]>[if> 12. Le 20 décembre 2013, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision lui refusant toute prestation vu le degré d'invalidité de 7%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. [endif]>[if> 13. L'assuré, représenté par Procap, centre de conseils en assurances sociales, a contesté ce projet de décision, reprochant à l'OAI d'avoir mené une instruction lacunaire et considérant que son état de santé n'était pas stabilisé au moment de l'avis du SMR du 23 juillet 2013. [endif]>[if> 14. Dans une note du 17 février 2014, le médecin du SMR a admis qu'il convenait de demander à la Dresse C_____ quelle avait été l'évolution de l'état de santé de son patient depuis son dernier rapport du 6 novembre 2012, si une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles devait être confirmée et depuis quand, le cas échéant, une telle activité était exigible. [endif]>[if> 15. Le 16 juillet 2014, la Dresse C_____ a informé l'OAI « qu'après les trois opérations, le patient a subi quatre infiltrations par le Dr D_____ au niveau lombaire avec peu d'effets favorables sur la douleur. Par ailleurs, il présente un abcès anal opéré deux fois, la troisième fois ce jour ». S'agissant de déterminer la capacité de travail exigible dans une activité adaptée, le médecin a indiqué que « la meilleure chose serait de faire une évaluation par un neurochirurgien ». [endif]>[if> 16. Le médecin du SMR a pris connaissance des réponses de la Dresse C_____, ainsi que d'un rapport d'IRM lombaire du 13 août 2014. Le 11 novembre 2014, il a également été informé de ce que l'assuré devait être hospitalisé quatre semaines à Montana, en raison de ses lombalgies chroniques sur canal étroit. Le médecin a alors demandé à prendre connaissance de la lettre de sortie de Montana et proposé de confier un mandat d'expertise au docteur E_____, neurologue, et au docteur F_____, rhumatologue. [endif]>[if> 17. a. Un rapport d'expertise a ainsi été établi le 17 mars 2015 par le Dr E_____. Celui-ci n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail du point de vue neurologique. Il a en revanche posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail suivants : status après cure de hernie discale L4-L5 gauche, status après infection post-opératoire nécessitant deux interventions d'évaluation des abcès, fibrose de la racine L5 gauche, protrusions discales L4-L5 et surtout L5-S1 droite. [endif]>[if> Selon l'expert, du point de vue neurologique, il n'existe pas de déficit d'ordre radiculaire. Toutefois, des phénomènes douloureux empêchent l'assuré de vaquer à des occupations professionnelles continues. Ceci a été objectivé dans le cadre d'une observation en atelier protégé. L'expert a ajouté que « je ne pense pas qu'il puisse reprendre des activités d'office dans un EMS puisque cette activité requiert le port de charges et d'aider des personnes âgées à se déplacer. Toutefois, une activité ne requérant pas le port de charges dans ce milieu me semblerait une bonne

alternative. » b. Le Dr F_____ a réalisé son expertise le 16 avril 2015 et rendu son rapport le 13 août 2015. Il a retenu des lombosciatalgies irritatives L5-S1 droites chroniques sur une hernie discale L5-S1 présente depuis 2013 et un status après une micro-discectomie pour une hernie discale L4-L5 gauche (2012) avec abcès épidual post-opératoire et fibrose engaînant les racines nerveuses, étant précisé que ces deux diagnostics ont une répercussion sur la capacité de travail. À titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il a indiqué un diabète de type II. Le Dr F_____ a considéré que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle et de façon définitive depuis juin 2012 et de 100% dans un emploi adapté respectant les limitations fonctionnelles, avec une diminution du rendement de 20%, en raison de la difficulté et de la lenteur pour se déplacer, depuis le 1^{er} novembre 2012, soit trois mois après les interventions de juillet 2012. Il a précisé que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges de plus de 5 kilos, pas de mouvements répétés du rachis, pas de position debout statique, pas de marche en montée ou en descente (éviter les échelles et les échafaudages, pas de marche sur plus de 500 mètres et pouvoir travailler uniquement en position assise avec la possibilité de faire quelques pas toutes les heures). Le pronostic est réservé. 18. Le 4 septembre 2015, l'assuré a communiqué à l'OAI copie d'une IRM lombaire réalisée le 5 juin 2015, ainsi qu'un rapport du Dr G_____ du 2 avril 2015. 19. Dans une note du 5 octobre 2015, le médecin du SMR a relevé les divergences entre l'expertise du Dr E_____ et celle du Dr F_____ concernant la question d'un syndrome irritatif S1 droit et a pris connaissance du rapport relatif à l'IRM lombaire réalisée postérieurement à l'expertise du Dr F_____, soit le 5 juin 2015. Il admet ainsi que l'assuré présente une atteinte rachidienne sous la forme de lombosciatalgies chroniques sur troubles dégénératifs étagés status après micro-discectomie pour HD L4-L5 G (2012), mais souligne une discordance nette entre les constatations cliniques objectives confrontées aux éléments subjectifs telles que les affirmations de l'assuré, les limitations mises en avant et le comportement algique observé lors des évaluations d'expertise, mais aussi lors du stage PRODIGE aux HUG. Le médecin du SMR considère que l'examen neurologique du Dr E_____ est rassurant et relève que l'avis du docteur G_____ se fonde sur des éléments subjectifs, soit des observations du comportement et des allégations de l'assuré et ne repose aucunement sur un examen clinique objectif. Aussi le médecin du SMR conclut-il à une incapacité de travail dans l'activité d'employé de cafétéria de 100% depuis mars 2012, de 50% du 4 avril au 19 juin 2012, et à nouveau de 100% depuis le 20 juin 2012 et à une capacité de travail de 80%, compte tenu d'une diminution de rendement de 20%, dans toute activité adaptée, depuis le 1^{er} novembre 2012. 20. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré en se fondant sur un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 52'142.-, sur la base d'un temps de travail raisonnablement exigible de 100%, avec une diminution de rendement de 20%, et sur un revenu annuel brut 2012 sans invalidité de CHF 60'288.-, selon le questionnaire employeur du 30 novembre 2012. Il obtient, ce faisant, un degré d'invalidité de 13,51%. Il n'a pris en considération aucune réduction supplémentaire, considérant que les limitations fonctionnelles étaient déjà comprises dans la diminution de rendement. 21. Par décision du 8 octobre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations. 22. Par courrier du 12 novembre 2015, la Dresse C_____ a informé l'OAI que son patient souhaitait interjeter recours contre ladite décision, précisant toutefois que « son avocat et moi-même avons bien expliqué au patient que ce recours risquait de ne pas être fructueux, néanmoins il insiste, donc je m'exécute ». L'OAI a adressé ce courrier à la chambre de céans comme objet de sa compétence. 23. Par

courrier du 4 janvier 2016, Maître Sarah BRAUNSCHEMIDT SCHEIDEGGER s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assuré. Elle a complété le recours le 5 février 2016. Elle conteste toute valeur probante à l'expertise du Dr F_____, selon lequel son mandant dispose d'une pleine capacité de travail avec un rendement réduit, alors que celui-ci ne peut pas rester assis suffisamment longtemps pour exercer une activité professionnelle, ce même à temps partiel. Elle reproche également à l'expertise du Dr F_____ de ne mentionner ni l'IRM effectuée en juin 2015, ni la consultation de neurochirurgie de juillet 2015. De plus, le diagnostic posé par le Dr F_____ ne correspond pas à celui retenu par la doctoresse H_____ en avril 2015, par le Dr I_____ en juillet 2015, et par le Dr G_____ en septembre 2015. Elle considère enfin que le rapport d'expertise est lacunaire. Elle conclut dès lors, principalement, à l'annulation de la décision du 8 octobre 2015 et, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire.

24. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a, dans une note du 19 février 2016, constaté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé après l'évaluation du Dr F_____, que les arguments du Dr G_____, essentiellement subjectifs, ne permettaient toutefois pas de remettre en cause les conclusions du Dr F_____, qu'il paraissait dès lors nécessaire d'envisager une expertise rhumatologique afin de déterminer l'évolution de la capacité de travail résiduelle depuis avril 2015, en tenant compte de la nouvelle composante neurologique irritative et du syndrome lombo-vertébral dans le cadre de la récurrence de hernie discale L4-L5 traitée actuellement conservativement malgré l'indication opératoire formellement posée par le Dr I_____.

25. Dans sa réponse du 2 mars 2016, l'OAI a dès lors suggéré qu'un complément d'instruction soit apporté sous la forme d'une nouvelle expertise rhumatologique, qui sera réalisée, soit par le Dr F_____, soit par un autre praticien. En l'état, il a conclu au rejet du recours.

26. Le 11 avril 2016, l'assuré a indiqué qu'il consentait à se soumettre à une nouvelle expertise rhumatologique chez un autre praticien.

27. Le 28 avril 2016, l'OAI a informé la chambre de ceans qu'il n'avait pas d'observation particulière à formuler en réponse à l'écriture du 11 avril 2016.

28. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté dans les formes et délais prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).

3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI.

4. 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).

Pour

évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 5. 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). 6. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 7. 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. 8. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 9. 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). 10. 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). 11. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit

examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

12. 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).

13. 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).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que

leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 , consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

14. En l'espèce, l'expert neurologue n'a retenu aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'expert rhumatologue a en revanche posé les diagnostics de lombosciatalgie irritative L5-S1 droite chronique sur une hernie discale L5-S1 présente depuis 2013 et un status après une micro-discectomie pour une hernie discale L4-L5 gauche (2012 avec abcès épidual post-opératoire et fibrose engainant les racines nerveuses). Il a considéré que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis juin 2012 et de 100% dans une activité adaptée avec une diminution du rendement de 20% depuis le 1 er novembre 2012.!

15. Le 19 février 2016, le médecin du SMR a admis la survenance d'une aggravation de l'état de santé après l'évaluation du Dr F_____ ; il a toutefois considéré que les arguments du Dr G_____ ne permettaient pas, en l'état, de remettre en cause les conclusions de ce dernier, de sorte qu'il a suggéré de soumettre l'assuré à une nouvelle expertise rhumatologique, qui tiendrait compte de la nouvelle composante neurologique irritative et du syndrome lombo-vertébral dans le cadre de la

récidive de la hernie discale L4-L5. !endif]>[if> 16. L'assuré a quant à lui contesté toute valeur probante au rapport du Dr F_____, aux motifs qu'il ne peut pas rester assis suffisamment longtemps pour exercer une activité professionnelle ce même à temps partiel, qu'il n'a mentionné dans son rapport ni l'IRM de juin 2015 ni la consultation de neurochirurgie de juillet 2015, que son diagnostic ne correspond pas à celui retenu par la Dresse H_____, le Dr I_____ et le Dr G_____. Il considère enfin que le rapport d'expertise est lacunaire. Il conclut à ce que soit ordonnée une expertise judiciaire. !endif]>[if> 17. Il y a à cet égard lieu de rappeler que le fait que les conclusions du médecin traitant ne sont pas les mêmes que celles de l'expert ne suffit pas à remettre en cause ces dernières. On ne saurait par ailleurs reprocher au Dr F_____ de n'avoir pas pris connaissance de l'IRM de juin 2015 ou de la consultation de neurochirurgie de juillet 2015, dès lors qu'il a réalisé son expertise le 16 avril 2015 déjà. !endif]>[if> La chambre de céans considère, au vu de ce qui précède, qu'il se justifie de renvoyer la cause à l'OAI à charge pour lui de solliciter du Dr F_____ un complément d'expertise afin de déterminer l'évolution de la capacité de travail résiduelle de l'assuré depuis avril 2015 en particulier. *** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. !endif]>[if> Au fond : 2. L'admet partiellement et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. !endif]>[if> 3. Condamne l'intimé à payer au recourant une indemnité de CHF 1'200.- à titre de dépens. !endif]>[if> 4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé. !endif]>[if> 5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. !endif]>[if> La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le