

GE_GERICHTE A/4293/2017 vom 14. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4293_2017

FR: GE_GERICHTE A/4293/2017 du 14 mai 2018

IT: GE_GERICHTE A/4293/2017 del 14 maggio 2018

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié c/o Monsieur B_____, à COLOGNY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Samir DJAZIRI 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 _____ 1973, originaire d'Algérie (de nationalité Suisse), marié, entré en Suisse en 1998, titulaire d'un diplôme universitaire d'ingénieur en génie mécanique obtenu en Algérie, a travaillé comme bagagiste / chasseur pour l'hôtel C_____ du 19 septembre 1999 au 30 novembre 2002.![endif]>![if> 2. Du 20 août au 10 septembre 2002, l'assuré a été hospitalisé en raison d'une lombosciatique S1 gauche avec hernie discale L5-S1, avec une évolution favorable. ![endif]>![if> 3. Le 9 janvier 2003, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité.![endif]>![if> 4. Le 5 février 2003, le docteur D_____, FMH rhumatologie, a rempli un rapport médical AI attestant de lombosciatique S1 gauche sur hernie discale L5-S1, depuis 1999 et aigu depuis 2002 ; l'incapacité de travail était totale du 3 juin 2002 au 12 janvier 2003 et à 50 % du 13 janvier au 16 février 2003 puis nulle dès le 17 février 2003.![endif]>![if> Le pronostic était bon si l'assuré évitait le port de charges ; son ancienne activité de bagagiste n'était plus exigible et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée était possible dès mars 2003. 5. Le 25 septembre 2004, le Dr D_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé par une exacerbation des lombosciatalgies gauches.![endif]>![if> 6. Le 26 octobre 2004, l'assuré a été opéré (discectomie L5 - S1 gauche par le docteur E_____).![endif]>![if> 7. Le 7 juillet 2005, le Dr D_____ a précisé que l'assuré avait été en arrêt de travail total du 3 juin 2002 au 12 janvier 2003 avec une reprise à 50 % le 13 janvier 2003, puis après l'intervention du 26 octobre 2004, en capacité de travail de 50 % dès le 15 février 2005. ![endif]>![if> 8. Un rapport d'examen rhumatologique du service médical régional AI (ci-après : SMR) du 23 août 2006 (docteur F_____) a conclu à une incapacité de travail totale comme bagagiste depuis 2002 et à une capacité de travail à 50 % depuis février 2005 dans une activité adaptée dès le 1 er mars 2005.![endif]>![if> 9. Le rapport de la réadaptation professionnelle du 23 novembre 2006 a conclu qu'un poste d'opérateur sur machine et toute autre activité du secteur de la production de l'industrie légère et le conditionnement léger, était exigible. ![endif]>![if> 10. Par projet d'acceptation de rente du 28 novembre 2006, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 3 juin 2003 au 30 avril 2005 et d'une demi-rente d'invalidité du 1 er au 30 mai 2005. L'assuré a bénéficié d'une mesure cantonale en 2007.![endif]>![if> 11. Par communication du 16 novembre 2007, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a pris en charge une orientation professionnelle, « définir une orientation professionnelle (DOP) » du 19 novembre au 21 décembre 2007.![endif]>![if> 12. L'aide au placement, sollicitée par l'assuré, a clos le dossier le 6 juin 2008, l'assuré ayant bénéficié

d'une mesure DOP et d'une mesure emploi par l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) de février à juillet 2008. 13. Dès le 1^{er} mars 2011, l'assuré a exercé une activité salariée de chauffeur de taxi. 14. Une IRM de la colonne cervicale du 9 novembre 2015 a conclu à des troubles dégénératifs étagés prédominant en C3-C4 et C4-C5. En C3-C4, bombement circonférentiel responsable d'une sténose sévère du canal central et sténose modérée neuro-foraminale des deux côtés, sans conflit discoradiculaire net. En C4-C5, bombement circonférentiel responsable d'une sténose sévère du canal central qui était responsable d'une anomalie de signal de la partie antérieure de la moelle épinière compatible avec une myélomalacie sans prise de contraste suspecte. A ce niveau, il existait une sténose sévère des neuro-foramens des deux côtés, en raison de la présence de complexes disco-ostéophytaires bilatéraux entrant en conflit avec la racine sortante C6 des deux côtés. Par ailleurs, il n'y avait pas de sténose du canal central ou sténose neuro-foraminale. En raison de la présence d'une myélomalacie et sténose sévère du canal central, en C4-C5, une corrélation avec un examen spécialisé était souhaitée. 15. Le 3 décembre 2015, le docteur G_____, chef de clinique au département de chirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), a proposé la poursuite d'un traitement conservateur. 16. Le 4 décembre 2015, le docteur H_____, FMH médecine interne et FMH pharmacologie et toxicologie cliniques, a posé le diagnostic de parésie du membre supérieur gauche, en récupération, sur hernie discale C4-C5. 17. Le 7 décembre 2015, le docteur I_____, FMH neurologie, a conclu, après avoir pratiqué un électroneuromyogramme (ENMG), à des signes de lésion radiculaire C5 à gauche. 18. Le 14 décembre 2015, le Dr J_____, FMH neurochirurgie, a attesté d'un diagnostic de radiculopathie C5 gauche déficitaire sur sténose foraminale, hernie discale dure C4-C5 bilatérale et C3-C4. 19. Un formulaire de détection précoce a été envoyé à l'OAI le 11 janvier 2016 attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 5 novembre 2015 due à une parésie du membre supérieur gauche. 20. Un procès-verbal d'entretien de détection précoce du 10 février 2016 mentionne, d'une part, une incapacité de travail totale du 5 novembre au 31 décembre 2015 et de 50 % dès janvier 2016, d'autre part, une activité actuelle de chauffeur de taxi et des douleurs permanentes chez l'assuré irradiant dans la jambe droite et au bras gauche. 21. Le 14 février 2016, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité en raison d'une hernie discale L5-S1 et d'une hernie cervicale C3-C4 et C4-C5. Le 23 février 2016, il a précisé qu'il s'agissait d'une nouvelle atteinte, différente de celle antérieure en 2007. 22. Le 17 octobre 2016, le département de chirurgie des HUG a certifié un arrêt de travail total du 17 octobre au 6 novembre 2016. 23. Le 28 octobre 2016, le Dr H_____ a certifié une incapacité de travail de 50 % dès le 1^{er} novembre 2016, renouvelée. 24. Le 23 novembre 2016, la docteure K_____ du SMR, a estimé que l'aggravation de l'état de santé était plausible et qu'une instruction médicale était nécessaire. 25. Le 29 novembre 2016, le docteur L_____, FMH neurochirurgie, a indiqué que l'assuré avait été « opéré le 11 novembre 2015 ». 26. Le 19 décembre 2016, le Dr J_____ a indiqué qu'il n'avait plus revu l'assuré depuis un an. 27. Le 21 avril 2017, le Dr H_____ a rempli un rapport médical AI attestant de diagnostics de « discopathies sévères C3-C4 et C4-C5 avec hernies discales. Répercussion en C4.5 sur racine C5 gauche. Status après parésie du membre supérieur gauche (novembre 2015) Discopathie circonférentielle L5-S1, avec hernie discale L5-S1 à droite ». Il suivait l'assuré depuis le 27 juin 2014. La

capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, soit sans port de lourdes charges. Il a résumé la situation comme suit : « En 2004, op. de hernie discale L5-S1 gauche, suivie d'une invalidité AI de 100 %, pendant 18 mois environ. En 2010, il a commencé une activité de chauffeur de taxi à 100 %. Cependant, il a à nouveau progressivement ressenti des lombalgies, aggravées par la position debout et le port de charges (transport de bagages dans son métier), sous forme d'une lombo-sciatalgie invalidante prédominant à droite. Une IRM lombaire (4 juin 2010) a montré une discopathie circonferentielle en L5-S1 (cf. rapport ci-joint). Traitement conservateur, avec incapacité de travail à 100 % de fin 2013 au 9 avril 2015, puis à 50 % dès le 10 avril 2015. Début novembre 2015, il a présenté des céphalées occipitales bilatérales, avec sd. cervico-brachial gauche. Après un passage ambulatoire au service d'urgences des HUG et quelques hésitations diagnostiques, et devant le tableau de parésie de l'abduction du MSG allant en s'aggravant, un CT-scan cervical, puis une IRM cervicale ont été réalisés (cf. rapports). Ils ont montré finalement : en C3-C4, un bombement circonferentiel responsable d'une sténose sévère du canal central et une sténose modérée neuro-foraminale des deux côtés, sans conflit disco-radicaire net ; en C4-C5, un bombement circonferentiel responsable d'une « sténose » sévère du canal central avec des signaux compatibles avec une myélomalacie. À ce niveau, il existait une sténose sévère des « neuro-foramina » des deux côtés, en raison de la présence de complexes disco-ostéophytaires bilatéraux entrant en conflit avec la racine sortante C5 des deux côtés. Sous traitement de prednisone débuté à 60mg/j, le déficit moteur s'est partiellement amendé, et, le 16 novembre 2015, une éventuelle opération, prévue initialement, a été différée. Une électroneuromyographie réalisée le 4 décembre a montré des signes de lésion radicaire C5 à gauche, avec des signes de dénervation aiguë dans les myotomes de l'ordre de 60 % par rapport au côté droit considéré comme indemne. Les 9 et 10 décembre, le patient consulte deux neurochirurgiens, dont seul le second envisage une éventuelle intervention chirurgicale. Cependant, le 14 décembre, après une physiothérapie intensive, je constate une nette amélioration de la force musculaire du MSG, qui s'est confirmée par la suite. Une activité professionnelle à 50 % a été reprise en décembre 2015 déjà. Depuis lors, elle a été maintenue à 50 %, à l'exception de brèves périodes d'incapacité à 100 %, motivées par une recrudescence des cervicalgies et/ou lombalgies ». 28. Une IRM de la colonne cervicale et angio-IRM des vaisseaux de la gerbe aortique du 16 mars 2017 a conclu à une « discopathie C4-C5 accusée, accompagnée d'une hernie discale de localisation paramédiane et foraminale gauche, avec contrainte sur la racine C5 gauche. Protrusion discale circonferentielle C6-C7 de localisation médiane, paramédiane et foraminale gauche, avec contrainte potentielle sur la racine C7 gauche ». 29. Le 14 août 2017, la Dre K_____ du SMR a estimé que l'assuré présentait depuis novembre 2015 une atteinte à la santé au sens de l'AI, soit des cervico-brachialgies gauches déficitaires sur hernie discale C4-C5, lombalgies chroniques sur discopathie L5-S1, status post-chirurgies de hernie discale L5-S1 en octobre 2004. Il pouvait travailler à 50 % dans l'activité habituelle et à 100 % dans une activité adaptée depuis le 1^{er} janvier 2016. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de port de charges supérieur à 10 kg, alternance des positions assises et debout, pas de mouvement forcé du tronc et des cervicales, pas de travail physique lourd. 30. Le 15 août 2017, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assuré à 0 % compte tenu, en 2016, d'un revenu sans invalidité de CHF 54'000.- et d'un revenu avec invalidité de CHF 60'320.- calculé selon l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) 2014, TA1, homme, niveau 1, pour 41,7h de travail par semaine, adapté à l'année 2016 et déduit de 10 % en

raison des limitations fonctionnelles.![endif]>![if> 31. Par projet de décision du 15 août 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au motif que le degré d'invalidité de celui-ci était nul. ![endif]>![if> 32. Par décision du 25 septembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré pour le même motif. ![endif]>![if> 33. Le 26 octobre 2017, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès janvier 2016, ou, subsidiairement, à l'octroi d'un reclassement, plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision. Il avait subi une incapacité de travail totale du 12 décembre 2013 au 9 avril 2015 puis de 50 % dès le 9 avril 2015. Le SMR n'avait pas pris en compte les différentes pathologies attestées par le Dr H_____ et l'IRM du 9 novembre 2015, notamment l'atteinte en C3-C4 et le Dr H_____ contestait une capacité de travail totale dans une activité adaptée puisqu'il la fixait à 50 %. Une expertise était nécessaire. ![endif]>![if> Par ailleurs, au vu des limitations fonctionnelles énumérées par le Dr H_____, une déduction d'au moins 25 % devait être appliquée, de sorte que le revenu d'invalidité était de CHF 13'500.-, soit un revenu provenant d'une activité de chauffeur de taxi à 50 %, déduit de 25 %. Le degré d'invalidité était de 75 %. Subsidiairement, il demandait un reclassement. 34. Le 20 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que le SMR s'était écarté de l'avis du médecin traitant en retenant une capacité de travail de 100 %, qu'une déduction supérieure à 10 % sur le revenu issu des statistiques n'était pas justifiée, et que le reclassement ne pouvait être accepté car le recourant ne présentait pas d'invalidité et s'estimait totalement incapable de travailler.![endif]>![if> 35. Le 18 janvier 2018, le recourant a persisté dans les termes de son recours. ![endif]>![if> 36. Le 5 mars 2018, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.![endif]>![if> Le recourant a déclaré : « J'ai repris une activité de chauffeur de taxi en 2011 après une période de chômage qui s'est, à mon souvenir, prolongée jusqu'à 2011. J'exerçais cette activité à 50 % seulement en raison des douleurs lombaires. J'ai eu au même niveau lombaire deux hernies discales, soit une du côté gauche qui a été opérée en 2004 et une actuelle du côté droit. Je me suis marié en 2013 et comme ma femme travaillait je pouvais me permettre de limiter mon activité professionnelle. J'ai divorcé en 2017. En 2015 j'ai eu des problèmes aux cervicales avec une paralysie du côté gauche. Actuellement je travaille à 50 % et je fais des gros efforts pour maintenir cet emploi. Je suis salarié et j'ai été engagé à 50 %. Vous me dites que le recours mentionne une incapacité de travail du 12 décembre 2013 au 9 avril 2015. Je vous préciserais les dates car cette période me paraît trop longue. J'ai, en effet, par moments été en incapacité de travail totale. J'ai aussi deux hernies au niveau cervical, dont une du côté gauche qui a engendré une paralysie en 2015 et une consultation en urgence. Les médecins voulaient m'opérer mais j'ai refusé. Actuellement il me manque de la force et de la sensibilité du côté gauche. L'autre hernie est importante mais elle n'appuie pas sur le nerf. Je dois limiter mon activité pour ne pas aggraver ma situation médicale. J'ai développé depuis février 2017 des acouphènes des deux côtés qui sont dus selon mon médecin aux hernies cervicales. Je suis suivi par une psychiatre, la docteure J_____, pour cette raison. Elle me prescrit un traitement médicamenteux car les acouphènes entraînent des problèmes de sommeil. Je consulte également un ORL le Dr K_____ lequel me prescrit également un traitement pour les acouphènes. Je consulte ma psychiatre chaque semaine. Une intervention chirurgicale n'est pas prévue, ce d'autant que j'ai le canal rachidien étroit et que cette opération serait donc délicate. J'arrive à travailler à 50 % mais difficilement. Actuellement j'ai encore

souvent des lumbagos. L'intervention de 2004 a réglé le problème de douleur de la sciatique mais d'autres problèmes sont survenus tel que de l'arthrose. Mon médecin m'a expliqué que j'étais sujet aux problèmes de hernie en raison de mon problème au canal rachidien. Dans n'importe quelle activité je suis limité dans mon taux de travail à 50 % car j'ai un double problème avec des douleurs lombaires et cervicales. Le Dr H_____ estime que dans n'importe quelle activité ma capacité est limitée à 50 %. En 2015 - 2016 j'ai consulté les Drs L_____ et J_____ qui m'ont expliqué que l'opération de la hernie cervicale gauche ne pouvait pas améliorer ma situation, en particulier ne pourrait pas améliorer la mobilité et la sensibilité du bras. Je ne suis pas retourné voir un neurochirurgien depuis ces dernières consultations. ». L'avocat du recourant a déclaré : « Je relève que l'avis du SMR du 14 août 2017 ne mentionne pas du tout l'atteinte en C3-C4, de sorte qu'il est lacunaire et qu'une expertise se justifie. ». La représentante de l'OAI a déclaré : « Je confirme l'avis du SMR qui a rendu son évaluation d'incapacité de travail en tenant compte des avis médicaux des Drs L_____, J_____, H_____ ainsi que des autres avis au dossier. Je relève que l'avis mentionne néanmoins en p.1 une hernie discale C4-C5 et un canal cervical étroit C3-C5, sur double discopathie. ». 37. Le 26 mars 2018, le recourant a produit un certificat établi par le Dr H_____ le 16 mars 2016 attestant des arrêts de travail suivants : [endif]>[if> - 1 er octobre 2013 - 31 janvier 2014 : 100 %, [endif]>[if> - 19 mai 2014 - 26 mai 2014 : 100 %, [endif]>[if> (26 mai 2014 - 5 juin 2014 : ?) - 6 juin 2014 - 2 novembre 2014 : 100 %, [endif]>[if> - 3 novembre 2014 - 31 janvier 2015 : 50 %, [endif]>[if> - 1 er février 2015 - 9 avril 2015 : 100 %, [endif]>[if> - 10 avril 2015 - 4 novembre 2015 : 50 %, [endif]>[if> - 5 novembre 2015 - 2 décembre 2015 : 100 %, [endif]>[if> (hernie discale cervicale aiguë) - 3 décembre 2015 - 14 août 2016 : 50 %, [endif]>[if> - 15 août 2016 - 31 août 2016 : 100 %, [endif]>[if> (asthénie, faiblesse, baisse de force) - 1 er septembre 2016 - 31 janvier 2017 : 50 %, [endif]>[if> - 1 er avril 2017 - 30 juin 2017 : 50 %. [endif]>[if> 38. 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) 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. [endif]>[if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). [endif]>[if> 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. [endif]>[if> 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la

santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).!endif>!if> 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.!endif>!if> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.!endif>!if> 8. 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).!endif>!if> 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une

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

au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).>[endif]>[if> 10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise

lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).!

11. En l'occurrence, l'intimé a estimé, en suivant l'avis du SMR du 14 août 2017, que le recourant présentait depuis novembre 2015 des cervico-brachialgies gauches déficitaires sur hernie discale C4-C5, des lombalgies chroniques sur discopathies L5-S1 et un status post-chirurgie de hernie discale L5-S1 en octobre 2004 ; ces diagnostics limitaient la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle mais permettaient un travail à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.!

L'instruction médicale menée par l'intimé a consisté à requérir des renseignements auprès des médecins traitants du recourant. En particulier, le Dr H_____ a rempli un rapport médical AI le 21 avril 2017 attestant d'une capacité de travail du recourant limitée à 50 % dans toute activité, en relevant que celui-ci présentait de la fatigue et des douleurs musculaire après quatre heures environ, ainsi que des cervicobrachialgies gauches et un lumbago bilatéral. À la suite de ce rapport, le SMR a rendu un avis sur dossier le 14 août 2017 ; il conclut cependant à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles du recourant, s'écartant ainsi, sans motivation, de l'avis du Dr H_____. Par ailleurs, lors de l'audience de comparution personnelle du 5 mars 2018, le recourant a précisé qu'il arrivait à travailler à 50 %, mais difficilement, en raison de douleurs lombaires et cervicales. Il existe ainsi une divergence entre l'avis du médecin traitant du recourant et l'avis, sur dossier, du SMR. En l'état, l'instruction du dossier est lacunaire et la chambre de céans ne peut statuer sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité car elle ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour évaluer la capacité de travail du recourant depuis novembre 2015. En conséquence, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale et rende une nouvelle décision.

12. Partant le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse annulée.!

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'500.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :