

GE_GERICHTE A/4547/2018 vom 1. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4547_2018

FR: GE_GERICHTE A/4547/2018 du 1 avril 2019

IT: GE_GERICHTE A/4547/2018 del 1 aprile 2019

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.04.2019
A/4547/2018

A/4547/2018 ATAS/267/2019 du 01.04.2019 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/4547/2018
ATAS/267/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 1 er avril 2019 10 ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à TROINEX, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Thierry STICHER 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 _____ 1984, ressortissant portugais, titulaire d'un permis C-CE, marié, père de deux enfants, B_____ née le _____ 2005 et C_____ né le _____ 2010, domicilié dans le canton de Genève, magasinier, a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 11 février 2014, en raison d'une hernie discale existant depuis 2009. Il avait été opéré le 21 octobre 2013 (séquestrectomie L5-S1 suite à un diagnostic de hernie discale L5-S1 avec conflit radiculaire S1 gauche), au service de neurochirurgie des HUG, et souffrait encore d'une hernie discale L4-L5 gauche. Son médecin traitant était la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne. Il était en incapacité totale de travail dès le 6 octobre 2013, et bénéficiait d'indemnités journalières de l'assurance perte de gain de son employeur, Avenir Assurances (ci-après : l'assurance perte de gain maladie).! [endif]>![if> 2. Il ressortait d'un rapport d'expertise du 21 août 2014, examen diligenté par l'assurance perte de gain maladie et confié au docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne rhumatologie (pièce 40 dossier OAI), que l'activité habituelle n'était plus exigible « maintenant et malheureusement à l'avenir», et que l'incapacité de travail avait débuté le 6 octobre 2013. S'agissant d'une éventuelle activité adaptée, l'expert indiquait qu'en cas d'amélioration clinique, une activité légère sans port de charges de plus de 5 kg, avec les limitations des mouvements de flexion/extension, changements de position fréquents et en ménageant le rachis, était possible. Dans ce cas de figure, le rendement était de 50 % au maximum.! [endif]>![if> 3. A fin octobre 2014, alors qu'une mesure professionnelle avait été mise en place (formation de gestionnaire de stock), celle-ci a dû être différée, l'assuré ayant subi une nouvelle opération aux HUG, avec reprise chirurgicale le 4 novembre 2014, en raison de la présence d'un hématome sur le site chirurgical L5-S1. Le résultat n'a pas été probant (rapport du 17 novembre 2014), avec persistance des douleurs et aggravation de la boiterie. Un traitement à base d'antalgiques puissants (morphine notamment) fut nécessaire. Les médecins notaient également une détresse psychique chez l'assuré, en raison des échecs opératoires, de la persistance des douleurs et des tensions engendrées par cette situation, au sein du couple.! [endif]>![if> 4. Dans un rapport du 16 octobre 2015, la doctoresse F_____ ; spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie,

indiquait que la CT était nulle, en raison de la persistance des douleurs et de l'état dépressif.![endif]>![if> 5. L'OAI a ordonné une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologie: dans son rapport du 26 octobre 2016, le docteur G_____, expert psychiatre, a estimé que la CT avait toujours été de 100 % chez l'assuré, et l'expert rhumatologue, Dr H_____, a considéré, dans son rapport du 8 décembre 2016, que l'activité de magasinier serait encore exigible à hauteur de 70 %, sans baisse de rendement. Dans une activité adaptée, la CT serait de 100 %, sans baisse de rendement.![endif]>![if> 6. Le SMR a estimé que les expertises précitées étaient convaincantes, dans un avis du 10 février 2017, au contraire de l'OAI qui, dans un rapport du 10 avril 2017 a indiqué peiner à comprendre comment l'activité habituelle serait possible à 70 %, au vu notamment du descriptif de l'activité, contenu dans le rapport d'expertise rhumatologique. Ainsi l'OAI a décidé de s'écarter des rapports d'expertise susmentionnés, et a ordonné la (re-)mise en place de mesures de reconversion professionnelle, notamment la formation de gestionnaire de stock.![endif]>![if> 7. Dans un rapport final du 8 juin 2017, le SMR a modifié sa position: se référant d'une part à l'expertise bidisciplinaire évoquée précédemment, et après avoir révisé, avec le réadaptateur en charge du dossier, le cahier des charges de l'assuré (magasinier, préparation du matériel pour monter les chapiteaux, tentes, aide-monteur de structure,...), il a estimé qu'il s'avérait que les limitations fonctionnelles n'étaient pas respectées; il y avait dès lors lieu de considérer que l'activité habituelle de l'assuré n'était pas adaptée et n'était donc plus exigible, s'écarter ainsi du rapport de l'expert rhumatologique. Le SMR a toutefois estimé que la CT était de 100 % dans une activité adaptée.![endif]>![if> 8. En octobre 2017, l'assuré a terminé avec succès la formation de gestionnaire de stock auprès de Sight + Sound Formation SA, ainsi que les cours de perfectionnement en français et sur les logiciels informatiques. Les mesures professionnelles se sont poursuivies sous forme de formation sur le thème "préparation individuelle à la recherche d'emploi et à l'entretien d'embauche et constitution d'un dossier de candidature", auprès de la même société de formation, le versement d'indemnités journalières se prolongeant.![endif]>![if> 9. Un stage de reclassement professionnel a été organisé auprès de la Société I_____ SARL, prévu du 5 décembre 2017 au 2 mars 2018, initialement pour une activité à 50 %, puis progressivement à 100 % en février 2018. Ce stage a commencé comme prévu. Toutefois en raison de douleurs du dos, l'assuré a annoncé à sa conseillère en réadaptation professionnelle (référente), par courriel du 7 décembre 2017, qu'en raison d'une augmentation de sa douleur dans le dos, il était obligé de se rendre le lendemain chez son médecin traitant. Il la tiendrait au courant. ![endif]>![if> 10. Son médecin traitant a attesté d'une incapacité totale de travail dès le 8 décembre 2017.![endif]>![if> 11. Par courriel du 11 décembre 2017, la conseillère en réadaptation professionnelle a accusé réception du certificat d'incapacité de travail, en attirant l'attention de l'assuré sur le fait que lors de la première année de reclassement, il n'avait droit qu'à 30 jours d'indemnités journalières pour une incapacité de travail maladie ou accident. Dans son cas il fallait prendre en compte les jours de maladie qu'il avait déjà eus lors de sa formation.![endif]>![if> 12. L'OAI a adressé une sommation à l'assuré, par courrier recommandé et courriel du 9 janvier 2018. Dès le début du stage, il n'avait montré aucune motivation, et était resté dans la plainte. Après trois demi-journées de stage, il avait présenté un certificat d'incapacité de travail limité au 22 décembre 2017. Il avait demandé à bénéficier de vacances du 23 décembre au 6 janvier 2018, vacances qui lui ont été accordées malgré le fait que la société de stage était fermée du 23 décembre au 1 er janvier 2017 (recte : 2018). Le 8 janvier 2018 à 12h54, il avait fait parvenir à sa référente un

courriel lui indiquant qu'il avait à nouveau une augmentation de la douleur. Lorsqu'il lui avait été demandé s'il était au bénéfice d'un certificat d'arrêt de travail, il avait répondu qu'il allait continuer son stage avec toutes ses douleurs, mais il ne savait pas combien de temps il allait le supporter. Selon la description faite par le responsable du stage, l'activité était parfaitement adaptée. En conclusion, l'OAI a attiré l'attention de l'assuré sur son obligation de collaborer, et en particulier sur sa volonté de collaborer à la mesure mise en place. Il était ainsi sommé de poursuivre le stage entrepris et de pleinement collaborer, avec motivation, à la mesure mise en place, à défaut de quoi il devait s'attendre à ce que le stage soit arrêté et qu'une décision soit prise sur la base du dossier.!

13. Le 12 janvier 2018, l'OAI a reçu un certificat d'arrêt de travail à 100 % valable du 12 au 19 janvier 2018, à réévaluer. Dans un courriel d'accompagnement, l'assuré précisait à sa conseillère qu'il ne pouvait malheureusement pas continuer son stage à cause de ses douleurs. !

14. Sur quoi, l'OAI a stoppé la mesure, indiquant à l'intéressé que dès le 15 janvier 2018 il n'était plus au bénéfice d'indemnités journalières. Il allait être procédé à la clôture de son dossier. Dès ce jour, toute demande d'information ou transmission de documents devait se faire exclusivement par voie postale; plus aucune suite ne serait donnée aux demandes formulées par courriel.!

15. Par courrier du 24 janvier 2018, l'assuré, représenté par un conseil, se référant à la sommation du 9 janvier 2018, a contesté l'imputation qu'il violerait son obligation de collaborer. L'OAI lui avait imposé une activité non adaptée, le stage ayant péjoré sa situation médicale; ce qui avait entraîné une incapacité de travail, un nouveau bilan médical étant en cours auprès des HUG. Il avait toujours collaboré activement et n'avait aucune raison de refuser de continuer à le faire, d'autant que sa motivation à trouver une issue professionnelle compatible avec son état de santé restait entière. Il sollicitait la copie de l'intégralité du dossier. !

16. Dans un rapport du 21 février 2018 - dont copie notamment adressée à l'OAI -, le service de rhumatologie des HUG, ayant procédé à un bilan multidisciplinaire (susmentionné), a retenu les diagnostics de: lombosciatalgies chroniques à caractère neuropathique persistant après multiples interventions chirurgicales et la pose d'une neurostimulation; trouble neurologique fonctionnel (diagnostiqué par la docteure J_____, neurologue); et de cervicalgies communes chroniques récidivantes. Les auteurs de ce rapport (Docteurs K_____, médecin associé, service de psychiatrie de liaison et L_____, médecin adjoint agrégé service de rhumatologie) ont conclu que le patient n'avait actuellement pas une capacité professionnelle même à 50 % dans un travail adapté. Ils étaient conscients de s'écarter profondément des conclusions de l'expertise réalisée en "mai 2017" (recte: fin 2016 expertise G_____/H_____). Si cette dernière relève également en partie la situation invalidante dans laquelle le patient se trouve il manque cependant le vécu particulièrement traumatisant des interventions chirurgicales, de leurs complications, et surtout leurs conséquences sur l'état physique et psychique actuel de l'intéressé. Il n'était pas non plus fait mention d'une atteinte neurologique fonctionnelle qui doit être considérée comme une maladie, n'étant pas le fait d'une conduite volontaire. Contrairement à ce qui est mentionné dans l'expertise, les auteurs du rapport n'avaient absolument pas constaté, tout au long du bilan, de discordances entre les plaintes de l'assuré et l'importance des répercussions fonctionnelles; ils soulignent d'ailleurs la bonne participation du patient, aspect qui était d'ailleurs également relevé dans l'expertise, et qui diminue donc sa cohérence interne. Se référant encore aux "motifs d'exclusion en raison d'une diminution du seuil de la douleur" mentionnés dans l'expertise, cette observation correspondant à 80 % des douleurs de l'assuré, amenant l'expert à justifier une aptitude professionnelle quasiment complète (70 %

dans l'ancien travail), les auteurs du bilan actuel ne pouvaient suivre cette recommandation pour plusieurs raisons: premièrement l'ancien emploi de monteur en échafaudage comporte une situation qui pourrait mettre le patient en danger en raison du syndrome lombovertébral et du trouble fonctionnel; en second lieu, l'abaissement du seuil de la douleur est un phénomène pathologique parfaitement bien décrit scientifiquement, qui n'est absolument pas du domaine du conscient et encore moins de la volonté, et qui entraîne des conséquences fonctionnelles tout à fait concrètes et de même nature qu'une atteinte tissulaire.!

17. Sur la base de ce rapport, par courrier du 5 mars 2018 l'assuré, représenté par son conseil, a invité l'OAI à rendre rapidement une décision quant à son droit aux prestations. L'avis des médecins des HUG était convaincant, il devait être retenu, d'autant que les intéressés ne se trouvent pas dans un rapport thérapeutique, et ne pouvaient être soupçonnés de vouloir favoriser le patient.!

18. L'OAI a répondu à ce courrier, le 12 mars 2018. En substance, certaines informations ressortant du rapport médical des HUG du 21 février 2018 étaient erronées: l'assuré n'avait notamment pas réalisé conjointement la formation théorique et le stage pratique; il était bien au bénéfice de l'Hospice général, soit du 1^{er} février 2016 au 3 mai 2017, et dès 2018; sa CT de 70 % retenue dans son activité habituelle suite à l'expertise avait été modifiée et réduite à 0 % selon l'avis du SMR du 8 juin 2017. Ces différentes indications démontraient que le rapport des HUG n'avait pas été réalisé en toute connaissance de cause, mais selon les dires du patient. Ceci dit, l'aspect purement médical de ce rapport serait soumis au SMR.!

19. Dans son avis du 30 mai 2018, le SMR a pris position au sujet du rapport des HUG susmentionné (du 21 février 2018): les médecins des HUG retiennent les diagnostics de lombosciatalgies chroniques, de trouble neurologique fonctionnel et de cervicalgies. Ils attestent une CT nulle dans toute activité; le SMR ne peut suivre ces conclusions. En effet ces médecins (HUG) ne se fondent que sur les éléments déclaratifs subjectifs de l'assuré. Au niveau physique, ils ne relèvent essentiellement que les plaintes douloureuses (limitation de mobilité en rapport avec la douleur). Au niveau psychique, ils dressent un tableau ne montrant pas de signes de sévérité (pas d'idées suicidaires, absence d'asthénie); absence d'éléments objectifs lors de l'examen (pas de signes d'humeur triste, pas de signes d'anxiété...). De même, bien qu'ils écrivent qu'il y a des « difficultés à identifier » les mouvements déclenchant les douleurs, ils signalent une bonne participation de l'assuré. Enfin, ils insistent sur les troubles neurologiques fonctionnels. Or les troubles fonctionnels (troubles dissociatifs ou de conversion) sont des atteintes sans substrat organique. Il est difficile, compte tenu des antécédents lombaires de l'assuré, de retenir une absence de substrat organique. Le SMR confirme donc ses conclusions précédentes.!

20. Sur quoi le service de réinsertion professionnelle de l'OAI se fondant sur les conclusions du SMR du 30 mai 2018, retenant une CT de 100 % dans une activité adaptée, conclut que l'assuré, formé en tant que gestionnaire de stock, pourrait exploiter sa CT dans un poste léger, adapté à ses limitations fonctionnelles. Le marché du travail offre en effet un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière. Aucune autre mesure n'est nécessaire, non seulement car l'assuré peut être considéré comme reclassé, mais également en raison du fait qu'il fait tout ce qui est en son pouvoir pour prouver qu'il est invalide et non pour diminuer le dommage. La perte de gain de l'assuré, à l'issue du reclassement, s'élève à 15 % (arrondi de 14.6 %).!

21. En date du 28 août 2018, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, prévoyant l'octroi d'une rente d'invalidité limitée dans le temps et le refus de mesures professionnelles. En substance,

l'OAI reconnaît à l'assuré un droit à une rente entière pour la période du 1^{er} octobre 2014 au 31 juillet 2015, basé sur un degré d'invalidité de 100 %. Après réadaptation, l'office considère que l'assuré est formé dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il dispose des aptitudes et des ressources pour exercer une activité adaptée à son état de santé. À cette étape, la comparaison des revenus avec et sans invalidité détermine une perte de gain de CHF 11'364.-, soit un degré d'invalidité de 15 %. Pour le détail, il est renvoyé à la décision du 19 novembre 2018 ci-dessous, qui reprend, après audition, les éléments du projet de décision.

22. Ce projet de décision a fait l'objet d'une contestation de la part de l'assuré représenté par son conseil. Par courrier du 24 septembre 2018, il observe que l'OAI a décidé abruptement de mettre fin à la mesure professionnelle en cours, le 12 janvier 2018, sans proposer d'alternatives plus adaptées à ses limitations fonctionnelles; pire, il refuse désormais la moindre mesure professionnelle et/ou de reclassement, sans explications, dans la seule optique de rendre une décision négative de rente. Quant au calcul du taux d'invalidité, ce dernier ne retient aucune baisse de rendement ni aucun abattement, alors que l'assuré n'est pas apte, sans d'intenses douleurs à la clé, à travailler à plein temps. Enfin les nombreuses limitations fonctionnelles (port de charges limité, impossibilité de rester assis ou debout de manière prolongée, mobilité réduite etc.) l'empêchent objectivement de travailler avec un rendement de 100 %, à l'instar d'un travailleur en bonne santé. Le revenu avec invalidité est en conséquence contesté. Il conteste enfin le rapport de l'expert rhumatologue (Dr H_____) du 8 décembre 2016 et conclut à l'annulation du projet de décision du 28 août 2018 tant sur le refus de mesures de réadaptation ou reclassement que de l'absence de rente dès le 1^{er} août 2015. Il sollicitait la remise en place de mesures d'ordre professionnel ainsi que, pour déterminer la réelle CT de l'intéressé, de mesures d'observation professionnelle.

23. Par décision du 19 novembre 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente mensuelle ordinaire entière, basée sur un degré d'invalidité de 100 %, assortie de rentes complémentaires pour enfants du 1^{er} octobre 2014 au 31 juillet 2015. Les bases personnelles de cette décision étaient un statut d'actif à temps complet. A l'issue de l'instruction médicale le SMR reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle dès le 6 octobre 2013 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à son état de santé, le SMR estimait que la CT était de 100 % dès mai 2015. Ainsi, à l'échéance du délai d'attente, savoir le 1^{er} octobre 2014, le droit à une rente entière était ouvert. Celui-ci s'éteignait au 31 juillet 2015, conformément à l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201). Dès le mois de mai 2015, la comparaison des gains (CHF 77'043.-, sans invalidité, et CHF 59'969.- avec invalidité, déterminait une perte de gain de CHF 17'074.- soit un taux d'invalidité de 22 %. A l'issue de l'examen de la situation après les mesures de réadaptation, l'OAI considère que l'assuré est formé dans une activité adaptée à son état de santé, et qu'il dispose des aptitudes et des ressources pour exercer une activité adaptée à son état de santé. Il a dès lors procédé à une nouvelle comparaison des revenus (CHF 77'839.- sans invalidité, CHF 66'475.- avec invalidité, déterminant une perte de gain de CHF 11'364.-, soit un taux d'invalidité de 15 %). Après audition sur contestation du projet de décision du 28 août 2018, l'OAI rappelle tout d'abord sa correspondance du 12 mars 2018 expliquant les raisons pour lesquelles aucun rapport de stage (réadaptation) n'avait pu être effectué; de plus, en date du 9 janvier 2018 une sommation avait dû être notifiée, au vu du comportement de l'assuré lors du stage. Le SMR confirmait que l'état de santé était stationnaire et n'avait aucune influence sur l'interruption du stage. Dès lors aucune autre mesure ne serait mise en place. S'agissant de la contestation de la comparaison des revenus,

par rapport à l'absence d'abattement, l'OAI confirme qu'une réduction de 10 % a été retenue, prenant en compte les limitations fonctionnelles. D'un point de vue médical, aucune pièce nouvelle n'avait été adressée à l'OAI dans le cadre de l'audition, permettant une nouvelle évaluation du SMR. En conséquence, les éléments produits ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation de l'office. 24. Par mémoire du 21 décembre 2018, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Il conclut préalablement à l'ouverture d'enquêtes (audition de ses médecins), à la mise en place d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire consensuelle (psychiatrique, rhumatologique et neurologique), et d'une mesure d'observation professionnelle judiciaire; principalement à l'annulation de la décision de l'OAI 19 novembre 2018, à ce qu'il soit dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité, le tout avec suite de frais et dépens; subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et neurologique) et une mesure d'observation professionnelle auprès des EPI, afin de déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant. Il fait grief à l'OAI de s'être fondé sur la seule expertise des Drs G_____ et H_____, laquelle ne peut se voir reconnaître une valeur probante. L'avis des experts se trouve en totale contradiction avec les autres médecins ayant examiné le recourant, que ce soit ses médecins traitants, l'expert mandaté par l'assurance perte de gain, ou les médecins des HUG. Même l'OAI s'est étonné des conclusions des experts, et le SMR - qui avait validé l'expertise et ses conclusions, dans un premier temps - est revenu sur son avis initial, en s'écartant de l'expertise, en considérant - contrairement aux experts - que l'activité habituelle n'était plus exigible; mais validant la seconde partie du rapport en estimant que l'assuré dispose d'une pleine CT dans une activité adaptée. Les médecins des HUG se sont déterminés de manière motivée et détaillée au sujet des lacunes et insuffisances du rapport des experts. Dans un second grief, il reproche à l'OAI un manque d'instruction du dossier. La CT n'a jamais fait l'objet d'une analyse sérieuse et probante, dans la mesure où elle se base sur le rapport d'expertise des Drs G_____ et H_____, que même l'OAI a considéré comme irréaliste. La tentative de reconversion professionnelle s'est avérée être un échec, en raison des douleurs présentes, l'assuré souffrant de nombreuses limitations fonctionnelles en lien avec sa mobilité et, avec la présence d'une boiterie persistante et des douleurs. Ainsi convenait-il que l'OAI mît en place une mesure d'observation professionnelle, notamment aux EPI, afin de déterminer la réelle CT éventuelle. Au lieu de cela, l'intimé a tout simplement mis fin aux mesures de reclassement et rendu une décision négative de rente, tout en mettant en doute la motivation de l'assuré, plutôt que de s'interroger sur sa réelle capacité de travail. Conformément à l'art. 8 al. 3 LAI l'intimé était tenu de fournir des mesures de réadaptation à l'assuré. Toutefois pour déterminer la CT concrète de ce dernier, il était nécessaire de réaliser une nouvelle expertise médicale, ainsi qu'une mesure d'observation professionnelle. Les affections neurologiques - bien que mentionnées de longue date dans les rapports médicaux n'ayant tout simplement pas été prises en compte dans le rapport d'expertise du Dr H_____, la nouvelle expertise pluridisciplinaire devait ainsi porter sur les domaines psychiatrique, rhumatologique et neurologique. Enfin, la réduction complémentaire de 10 %, dans le cadre de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, sans que l'intimé ne s'exprime clairement sur ce point, est trop faible en regard de l'absence d'expérience professionnelle de l'assuré dans le domaine de la gestion de stock, de sa maîtrise imparfaite du français, de sa nationalité étrangère et les limitations liées à son handicap. Au regard de l'ensemble des

circonstances une réduction complémentaire de 25 % aurait dû être effectuée sur le revenu statistique.!

25. L'intimé s'est déterminé par courrier du 31 janvier 2019. Il concluait au rejet du recours. S'agissant des critiques du recourant au sujet de l'expertise des Drs G _____ et H _____, le fait que les conclusions des experts sur la CT dans l'activité habituelle diffèrent de celles du SMR ne saurait remettre en cause la valeur probante de leurs rapports. Selon la jurisprudence, l'autorité chargée de l'application du droit peut s'écarter de l'appréciation de la CT réalisée dans le cas d'une expertise, sans pour autant que celle-ci perde sa valeur probante: la notion de CT est une notion de droit indéterminée sur laquelle il n'appartient pas au médecin de se déterminer de manière définitive (arrêt 9C_10/2014 consid 7 et références). Au sujet de l'absence de prise en compte des affections psychiatriques et neurologiques par les experts, le fait que l'expert psychiatre n'ait pas retenu de diagnostic psychiatrique incapacitant n'est pas non plus suffisant pour remettre en cause la valeur probante de son rapport. Sur le plan neurologique, l'expert H _____ s'est prononcé à ce sujet, considérant que les troubles neurologiques fonctionnels sont aussi appelés troubles de conversion dans la classification DSM V. Il propose un suivi psychiatrique. Selon l'expert psychiatre, le recourant présente un syndrome douloureux persistant, un trouble anxieux et dépressif mixte léger secondaire à la douleur. Les seules plaintes subjectives d'un assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité entière ou partielle, de sorte qu'en l'absence d'un substrat médical pertinent (tant physique que psychique) et concluant, entravant la CT de manière importante, on ne saurait considérer les douleurs ressenties par un assuré comme une atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 130 V 353 consid 2.2.2 in fine). Dès lors que les constats objectifs n'expliquent pas la totalité des limitations présentées par le recourant, la CT réellement exigible doit être évalué dans le cadre du fait d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part, et les ressources de compensation de la personne d'autre part. À ce sujet, il ressort des expertises au dossier que le recourant a des liens amicaux et familiaux et dispose de ressources mobilisables pour gérer ses douleurs, et qu'il n'y a pas de limitations dans tous les domaines comparables de la vie (il s'occupe un peu du ménage, des courses, de la cuisine, des enfants et de son chien); le suivi psychothérapeutique n'est pas intense, ce qui exclut l'échec ou la résistance au traitement; il n'y a pas de comorbidité ou de trouble de la personnalité. C'est ainsi à juste titre que le SMR a conclu à une pleine CT dans une activité adaptée entre avril et octobre 2014, puis à nouveau depuis mai 2015. Quant aux mesures de réadaptation, une nouvelle mesure ne serait ni nécessaire (ne permettant pas une amélioration de la CT) ni adéquate (proportionnelle) : le recourant a d'ailleurs déjà été mis au bénéfice d'une mesure de reclassement dans une activité adaptée, puis d'une mesure de préparation individuelle à la recherche d'emploi, puis d'un stage pratique auquel il a mis fin après présentation d'un certificat d'arrêt de travail. S'agissant de la réduction supplémentaire contestée de 10 %, l'office a retenu un tel taux de réduction compte tenu des limitations fonctionnelles. L'absence d'expérience professionnelle et la mauvaise maîtrise du français ne sont pas des critères reconnus par la jurisprudence et l'assuré ne présente pas de difficultés liées à sa nationalité (il est en Suisse depuis 2005). L'office n'a pas excédé dans son pouvoir d'appréciation.!

26. Par courrier du 4 février 2019, l'OAI a transmis à la chambre de céans comme objet de sa compétence un courrier du 25 janvier 2019 que lui adressaient le docteur M _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, psychiatre, et Madame N _____, psychologue traitante par délégation. ! Il rappelle que dans leur rapport médical à l'OAI (janvier 2016), ils indiquaient que l'état

émotionnel du patient, savoir un épisode dépressif moyen sévère, était en lien avec ses douleurs lombaires chroniques ; la précarité financière et l'absence de reconnaissance de son incapacité péjoraient davantage encore son état psychologique. Ils y relevaient aussi que les mesures de réinsertion proposées n'étaient pas adaptées à ses douleurs. Depuis 2015 la situation de l'assurée n'avait pas évolué, malgré de nombreux rappels des professionnels en charge de sa situation, avec notamment un bilan détaillé multidisciplinaire des HUG en février 2010. Le patient était toujours suivi par le....., sur le plan psychiatrique, une fois tous les 15 jours ; il se montre très investi dans ce suivi. Cependant l'absence de perspectives que cette situation engendre se répercute non seulement sur son état émotionnel mais touche également toute la sphère familiale, particulièrement ses enfants. Ils insistent sur le fait que, comme il avait déjà indiqué à l'OAI, l'épisode dépressif pris isolément ne justifie pas une rente dans l'immédiat, mais l'état émotionnel patient pourrait encore s'aggraver à l'avenir si son incapacité physique n'était toujours pas réellement prise en compte. 27. Le recourant a répliqué par courrier du 14 février 2019. Il persiste intégralement dans ses conclusions, et dans les termes de son recours, revenant brièvement sur les différents aspects de ses griefs : s'agissant de l'expertise bidisciplinaire, il rappelle la substance de ses critiques, et observe par ailleurs que cette expertise n'est pas consensuelle comme l'exige la jurisprudence, (chacun des médecins a rendu son propre rapport avec ses propres conclusions, alors qu'ils auraient dû rendre un seul et même rapport prenant en compte l'ensemble des affections, aussi bien psychiques que rhumatologiques). L'aspect neurologique n'a par ailleurs tout simplement pas été investigué alors qu'il avait été mis en évidence à plusieurs reprises notamment par les HUG. L'intimé tente d'appliquer les critères définis par la jurisprudence en matière de TSD, sur la base de ces expertises, alors que cette analyse aurait dû être faite avant de rendre la décision entreprise, et non pas en réponse au recours. Quoi qu'il en soit, dans la mesure où cette analyse est fondée sur les expertises contestées, elle ne saurait être suivie. Au demeurant, les indicateurs selon la jurisprudence citée relèvent d'une appréciation médicale et non d'une appréciation juridique, de sorte que l'analyse opérée par le service juridique de l'intimé n'est d'aucune pertinence et n'est pas probante, pour ce motif également. Quant au manque d'instruction du dossier, le recourant persiste à solliciter la réalisation d'une expertise médicale judiciaire pluridisciplinaire consensuelle, comprenant les affections neurologiques complètement ignorées par l'OAI. !endif]>![if> Il a également produit le courrier susmentionné (Dr M_____ – voir ci-dessus ch. 26). 28. L'intimé a brièvement dupliqué: il avait transmis au SMR la dernière pièce médicale produite (courrier du 25.01.2019 du Dr M_____), pour avis. Selon le service médical, il apparaît nécessaire de mettre en place une expertise pluridisciplinaire. L'intimé se rallie à ces conclusions et propose le renvoi du dossier pour instruction complémentaire.![endif]>![if> Dans son avis du 21 février 2019, le SMR a procédé à une nouvelle synthèse du dossier, observant que l'assuré, âgé de 34 ans, avait bénéficié de trois opérations chirurgicales en raison d'une hernie discale avec récurrence, qu'il avait présenté en parallèle un épisode dépressif moyen à sévère, suivi par un psychiatre. Rappelant les conclusions de l'expertise rhumatologique et psychiatrique, le SMR observe que dans le cadre de l'audition, les médecins des HUG ont mentionné que l'assuré était au bénéfice d'un neurostimulateur pour le contrôle de ses douleurs. En février 2018, une aggravation était décrite malgré ce dispositif. Ils attestent que l'assuré n'a même pas une CT de 50 % dans une activité adaptée, et qu'il a bien participé à l'examen, les examinateurs ne relevant pas de discordances entre les plaintes de l'assuré et l'importance des répercussions fonctionnelles. Dans le cadre du recours, il est demandé au service médical de se prononcer sur le rapport

du psychiatre traitant du 25 janvier 2019 qui fait état d'une aggravation sur le plan psychiatrique malgré un suivi régulier. Par ailleurs, comme souligné par le rhumatologue des HUG, dans son rapport de février 2018, le trouble neurologique fonctionnel n'a pas été examiné lors de l'expertise des Drs G _____ et H _____. Le service médical conclut qu'afin d'évaluer de manière exhaustive toutes les pathologies de l'assuré, et de déterminer la CT résiduelle dans une activité adaptée, il est nécessaire de demander une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neurologie, avec réalisation d'une ECF (évaluation des capacités fonctionnelles). Les experts devront également se positionner sur les conclusions de l'expertise des Drs G _____ et H _____ d'octobre et décembre 2016. 29. Invité par la chambre de céans à se prononcer sur la proposition de l'intimé fondée sur l'avis de son service médical du 21 février 2019, soit sur le principe d'un arrêt de renvoi pour instruction complémentaire, le recourant s'est prononcé par courrier du 18 mars 2019. Pour l'essentiel, il souscrit pleinement aux mesures d'instruction à entreprendre, mais il s'oppose au renvoi du dossier pour la mise en place de celle-ci par l'OAI, préférant que celles-ci soient effectuées sous l'égide de l'autorité judiciaire. Il estime que la demande de prestations remontant désormais à février 2014, l'intimé a non seulement instruit ce dossier de manière lacunaire, mais également d'une manière extrêmement lente, cette situation étant de nature à créer selon lui un dommage important et très probable à l'assuré, en relation avec son droit aux prestations complémentaires, étant actuellement aidé par l'Hospice général. Il se justifie ainsi de procéder rapidement, ce que, selon lui, l'intimé a démontré ne pas être en mesure de faire, puisqu'il lui a fallu cinq ans pour parvenir à une décision insuffisamment instruite. Il lui semble que l'intimé traite ce dossier avec une certaine prévention à l'égard de l'assuré, se référant aux incidents rappelés ci-dessus au moment du stage (décembre 2017). Ceci dit, et dans l'hypothèse où la chambre de céans devrait procéder à un renvoi du dossier à l'administration plutôt qu'à une expertise judiciaire, il conclut à l'octroi d'une équitable indemnité valant participation aux honoraires d'avocat du recourant, observant il n'appartient pas à l'assistance juridique d'assumer l'activité d'un conseil entraînée par le défaut d'instruction de la demande de prestations par l'intimé.!

EN DROIT

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

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.!

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. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

4. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant, en particulier sur la question de savoir si sa rente d'invalidité doit être entière et/ou limitée dans le temps.!

5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps,

prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

L'art. 17 al. 1 er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1 er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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).

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. 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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. A 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). 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 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) 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). 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).

b. Selon l'art. 43 al. 1, 1^{ère} phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son

aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides. A teneur de l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. A noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, 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. (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). 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). 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 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). 10. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable. 11. En l'espèce, la décision entreprise a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière pour la période du 1^{er} octobre 2014 au 31 juillet 2015, et cette rente cessant trois mois après le début mai 2015, date dès laquelle le SMR, suivi par l'OAI, a estimé que la CT de l'assuré dans une activité adaptée à son état de santé était de 100 %. Après les mesures de réadaptation professionnelle qui lui ont été consenties, l'assuré ayant achevé avec succès une formation dans la gestion de stock, la comparaison des revenus avec et sans invalidité, opérée sur ces bases, le revenu avec invalidité étant fondé sur les salaires statistiques, a établi une perte de gain qui, convertie en pour cent, a déterminé un taux d'invalidité de 14.6 % arrondi à 15 %, ne donnant pas droit à une rente. Le recourant conteste cette décision, tout d'abord en tant qu'elle est

essentiellement fondée sur les conclusions des experts G_____ et H_____, auxquelles il dénie toute valeur probante; ensuite en raison du fait que la tentative de reconversion professionnelle qui s'est avérée être un échec, en raison des douleurs présentes, qui empêchaient l'assuré de tenir une activité pendant une journée, reprochant à l'OAI d'avoir failli à son devoir d'instruction, au constat de cet échec, et d'avoir mis fin abruptement à cette mesure, au lieu de mettre en place une mesure d'observation professionnelle afin de déterminer la réelle CT éventuelle de l'assuré; dans le même registre, soit une carence de l'instruction, le recourant reproche encore à l'administration d'avoir totalement ignoré un aspect significatif de l'atteinte à la santé de l'assuré, soit celui des atteintes neurologiques, signalé depuis longtemps par ses médecins traitants, mais aussi par les spécialistes des HUG ayant procédé à un bilan approfondi sur son état de santé; enfin, il reproche à l'intimé la manière dont il a évalué le revenu avec invalidité en appliquant un abattement insuffisant selon lui – de 10% seulement – pour correspondre à la mise en valeur réaliste de sa CT résiduelle éventuelle, estimant que dans le cas d'espèce une réduction de 25% (maximale) eût été préférable. Sur le fond il estime en substance avoir droit à une rente entière, s'étendant au-delà du 31 juillet 2015. Il a préalablement conclu à la mise en place d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire consensuelle (psychiatrique, rhumatologique et neurologique), et d'une mesure d'observation professionnelle judiciaire; principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 19 novembre 2018, à ce qu'il soit dit qu'il a droit à une rente entière d'invalidité, le tout avec suite de frais et dépens; subsidiairement à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et neurologique) et une mesure d'observation professionnelle auprès des EPI, afin de déterminer la capacité résiduelle de travail du recourant. 12. Si dans un premier temps, l'intimé a conclu au rejet du recours, il a modifié sa position en cours d'instruction du recours. Dans la phase pendant laquelle lui était réservée la possibilité de dupliquer, au vu en particulier des considérations du recourant sur réplique, et de la pièce médicale produite (courrier du 25 janvier 2019 du Dr M_____, psychiatre traitant du recourant - que ce médecin avait d'ailleurs directement adressé à l'OAI), l'intimé a à nouveau sollicité l'avis de son service médical. Le SMR, ayant repris l'examen de l'ensemble du dossier, et prenant en compte, en particulier, le rapport détaillé des HUG de février 2018, et le rapport du psychiatre traitant produit en procédure de recours, a finalement conclu qu'afin d'évaluer de manière exhaustive toutes les pathologies de l'assuré, et de déterminer la CT résiduelle dans une activité adaptée, il était nécessaire de demander une expertise pluridisciplinaire avec volets de médecine interne, rhumatologie, psychiatrie et neurologie, avec réalisation d'une ECF (évaluation des capacités fonctionnelles), précisant que les experts devraient également se positionner sur les conclusions de l'expertise des Drs G_____ et H_____ d'octobre et décembre 2016. L'intimé a dès lors suivi son service médical et proposé, sur duplique, que le dossier lui soit retourné pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens recommandé par le SMR. 13. Force est ainsi de constater que finalement l'intimé a partiellement acquiescé aux conclusions du recourant, en admettant, - comme ce dernier y conclut dans le cadre de son recours -, la nécessité de procéder à une nouvelle expertise, pluridisciplinaire, en y ajoutant en particulier l'aspect neurologique, et qu'il soit en outre procédé à une évaluation des capacités fonctionnelles. Reste que le recourant a pris acte de la dernière prise de position de l'intimé, souscrivant au cadre de l'instruction complémentaire proposée par l'OAI, - d'autant qu'elle coïncide avec ses conclusions

subsidiaires -, à ceci près toutefois qu'il préférerait que cette instruction complémentaire soit mise en place judiciairement. Il soutient à ce sujet que l'OAI aurait, par son comportement, montré son incapacité à s'acquitter de cette mission dans de bonnes conditions : non seulement il n'aurait pas instruit correctement ce dossier, mais il aurait encore fait preuve d'une grande lenteur pour aboutir à la décision entreprise. Le recourant suggère encore que l'intimé nourrirait quelque prévention à son égard, se référant à la manière dont il a apprécié son comportement, à fin 2017 - début 2018 par rapport au stage de réorientation professionnelle: en lui adressant une sommation après avoir attiré son attention sur son obligation de collaborer pleinement à la mesure professionnelle ordonnée, et pour finalement interrompre cette mesure. Sur les motifs pour lesquels le recourant préférerait que ce complément d'instruction intervienne dans le cadre de la procédure judiciaire en cours, il ne saurait être suivi. S'il apparaît évident que l'OAI aurait dû compléter l'instruction, avant de rendre la décision entreprise, le reproche de lenteur dans l'instruction de la demande, sous prétexte que celle-ci remonte déjà à février 2014 n'est guère soutenable. En effet, la durée de l'instruction s'explique pour plusieurs raisons: les mesures d'instruction qui ont été diligentées par l'OAI, notamment sur le plan médical; une expertise bidisciplinaire a été rendue nécessaire en raison de l'évolution défavorable de l'état de santé de l'assuré, alors même qu'assez rapidement une mesure professionnelle sous la forme d'une formation en tant que gestionnaire de stock avait été accordée, quelques mois à peine après le dépôt de la demande de prestations; l'intéressé a ensuite suivi et réussi la formation professionnelle octroyée, prolongée par une nouvelle mesure en vue de la recherche d'une place de stage pour sa réinsertion dans le monde du travail. Enfin, le stage professionnel avait à peine commencé, que l'assuré annonçait l'exacerbation soudaine de ses douleurs et qu'il allait immédiatement consulter son médecin traitant; le prononcé immédiat d'une incapacité totale de travail, suivie d'une demande de vacances, en fin d'année, ne se limitant pas seulement à la période de fermeture de l'entreprise, le tout assorti des premières appréciations du responsable de sa formation en stage, avait de quoi susciter des doutes quant à la motivation sérieuse de l'assuré de reprendre une activité professionnelle. Quoiqu'il en soit, l'évolution des choses a montré qu'il convenait de procéder à une appréciation plus nuancée, sous cet angle, l'intimé ayant spontanément modifié sa position en cours de procédure de recours. Ainsi il n'y a lieu de craindre, dans le cadre de la reprise de ce dossier, ni un manque de diligence de l'OAI, ni une prévention de sa part. Du reste, le recourant lui-même concluait, déjà dans le cadre de son acte de recours, mais aussi dans son dernier courrier, à titre subsidiaire, au retour du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire. Ainsi la chambre de céans est d'avis que le retour du dossier à l'intimé pour la mise en place de cette instruction complémentaire est préférable à une instruction complémentaire judiciaire, d'autant que l'expertise complémentaire multidisciplinaire devra être organisée selon la procédure aléatoire via la plate-forme med@P, et la mesure d'évaluation des capacités fonctionnelles sera plus facilement mise en œuvre sous l'égide de l'OAI. 14. Au vu de ce renvoi, la chambre de céans n'a à se prononcer, à ce stade, ni sur la valeur probante de l'expertise bidisciplinaire G_____ et H_____, qui fera l'objet d'un examen par les experts qui seront désignés, ni d'ailleurs sur les autres aspects et griefs développés par le recourant.![endif]>![if> 15. Le recourant obtenant gain de cause, l'intervention de son conseil en cours de procédure ayant été rendue nécessaire par la complexité du cas et la position initiale de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée 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]);![endif]>![if> 16. La procédure n'est pas 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 300.-![endif]>![if> 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 : annule la décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 19 novembre 2018, et renvoie le dossier à l'intimé, pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, et nouvelle décision.![endif]>![if> 3. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de CHF 2'000.- au recourant, valant participation à ses frais de défense.![endif]>![if> 4. Met un émolument de CHF 300.- 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 Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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