

GE_GERICHTE A/4682/2017 vom 12. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4682_2017

FR: GE_GERICHTE A/4682/2017 du 12 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/4682/2017 del 12 dicembre 2018

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE 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), né le _____ 1970, est ressortissant congolais titulaire d'un permis d'établissement C, célibataire, père de deux enfants nés respectivement le _____ 2005 et le _____ 2009, qui vivent auprès de leur mère, à Genève. Il est entré en Suisse le 18 août 2004.![endif]>![if> 2. Le 24 juillet 2014 l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI). Il était en incapacité totale de travail depuis novembre 2013, et était assisté par l'Hospice général (ci-après : l'hospice). L'atteinte à la santé existait depuis 2000; il était suivi par le docteur B_____, spécialiste en médecine interne générale, pour des séquelles de blessures de guerre au bras.![endif]>![if> 3. La demande ne comportant aucun renseignement concernant d'éventuels anciens ou dernier employeur, l'OAI a invité l'assuré à compléter sa demande. ![endif]>![if> 4. Par courrier du 24 novembre 2014, l'hospice a communiqué à l'OAI une formule d'informations complémentaires à la demande de prestations d'invalidité. Il en ressort notamment que l'intéressé est suivi par l'hospice depuis le 1 er octobre 2010; il n'a achevé aucune formation professionnelle. En dernier lieu, il avait exercé la profession de manutentionnaire à 100 %, il y avait plus de trois ans, sans aucune précision quant aux motifs ni à la date de la cessation de la dernière activité rémunérée. Avant son arrivée à l'hospice, il n'avait suivi aucune mesure de réinsertion socioprofessionnelle. Il n'en a pas non plus bénéficié sous l'égide de l'hospice. Il était au bénéfice de l'aide sociale depuis le 1 er novembre 2010; il avait de l'expérience en tant que portier d'hôtel en Afrique. Sa santé était fragilisée à raison des tortures subies en Afrique, avant 2010, et d'une chute, à Genève, qui lui avait causé une fracture de la main droite. Il avait longtemps été sans domicile fixe. Il exprimait son désir de travailler en tant qu'accompagnateur d'enfants (il avait fait une école pédagogique à Kinshasa), de portier d'hôtel ou de magasinier ou encore nettoyeur. Il ressort d'un CV très succinct que l'intéressé aurait suivi un baccalauréat en pédagogie, puis une formation de détective criminel, dans son pays. De 1994 à 1996 il aurait travaillé dans la sécurité, puis comme portier d'hôtel de 1997 à 2003 à Kinshasa ; et en 2009, en tant que portier d'hôtel à Genève à l'hôtel C_____.![endif]>![if> 5. Il ressort de l'extrait de son compte individuel (CI) qu'il a travaillé un mois (novembre) en 2009 pour la société D_____ SA et irrégulièrement de 2009 à 2013 pour la société E_____ SARL, entreprise active dans l'entretien d'installations de climatisation - fret maritime.![endif]>![if> 6. Par courrier du 2 janvier 2015, l'OAI a indiqué à l'assuré avoir examiné la possibilité de mettre en place des mesures de réadaptation ; sur la base des éléments du dossier il n'était pas encore en mesure de déterminer son droit à des prestations.![endif]>![if> 7. E_____ SARL a retourné un questionnaire employeur à l'OAI, le 10 février 2015. L'assuré avait travaillé au

service de l'entreprise de juin 2009 à fin juillet 2013, sur la base d'un contrat sur appel, renouvelable chaque année. Le contrat de travail avait été résilié par l'employeur pour motifs économiques. L'activité exercée était celle de manutentionnaire (déménagement, nettoyage, etc.), à raison de huit heures par jour, soit quarante heures par semaine. Il était précisé que durant les périodes où il avait travaillé pour l'entreprise, son salaire n'avait jamais dépassé CHF 20'500.- annuels; il n'avait par conséquent jamais cotisé au deuxième pilier. Il a répondu par l'affirmative à la question de savoir s'il y avait des possibilités de placement au sein de l'entreprise. La question n'avait jamais été examinée, mais l'entreprise n'était pas intéressée par une aide de la part des spécialistes de l'assurance-invalidité. 8. Sur le plan médical, malgré de très nombreux rappels, l'OAI n'a jamais pu obtenir le moindre renseignement de la part du Dr B _____ ; l'assuré était inconnu des services de santé mentale de psychiatrie des HUG. 9. En date du 27 mars 2015 l'assuré a communiqué à l'OAI divers documents médicaux, soit : - une convocation au département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, pour une consultation auprès du docteur F _____, chirurgien; - un rapport concernant une première consultation de chirurgie de la main, le 23 décembre 2010 du docteur G _____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des HUG; lequel a retenu les diagnostics de status post (s/p) ostéosynthèse des quatrième et cinquième métacarpiens de la main droite, avec cal vicieux métacarpo-céphalique du cinquième rayon résiduel. À l'anamnèse, ce patient de 40 ans, droitier, travaillant dans le nettoyage et l'entretien, avait été victime d'un accident, il y avait trois ans environ, avec fracture des quatrième et cinquième métacarpiens droit, ostéosynthésés à l'hôpital cantonal d'Aarau. À l'époque il était requérant d'asile; en 2011 il était au bénéfice d'un permis C; il était assisté par l'hospice. Il se plaignait d'une gêne douloureuse au niveau du cinquième rayon de la main droite, avec diminution de force associée. À l'examen clinique, le patient disposait d'un état général conservé; il était collaborant. L'examen de la fracture décrite ci-dessus montrait une cicatrice calme. Pas de troubles de la sensibilité associé. La flexion/extension (F/E) métacarpophalangienne du cinquième rayon était cotée à 70/0/0, la F/E de l'IPP à 90/0/0 et de l'IPD à 90/0/0. La distance pulpe-paume était égale à 0 cm. La force de serrage était cotée à gauche à 40 kg, et à droite à 20 kg. Une radiographie complémentaire avait été effectuée. Les broches intra-médullaires du quatrième rayon avaient été retirées trois ans après l'intervention. Il persistait une gêne et un manque de force avec une plaque d'ostéosynthèse en place, laquelle serait enlevée en ambulatoire le 8 février 2011, le patient ayant toutefois été préparé à l'idée que l'ablation du matériel n'améliorerait probablement pas complètement la gêne résiduelle pouvant également être attribuée au cal vicieux métacarpo-céphalique du cinquième rayon. 10. Le 11 mai 2015, le Dr F _____ a retourné un questionnaire (daté du 04.05.2015) à l'OAI. Il a posé le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail (ci-après : CT) de pseudarthrose D5 main droite; s/p ostéosynthèse (OS) en 2010 puis ablation de matériel d'ostéosynthèse (AMO) en 2011. Le traitement avait commencé chez lui le 22 avril 2015; avant lui l'assuré était traité par le Dr G _____ (2010-2011). À l'anamnèse, il relevait un trauma à la main droite, quatre mois avant; constat objectif: pseudarthrose D5 droit; le traitement actuel consistait en une cure de pseudarthrose à programmer. L'incapacité de travail était de 100 % dès le 22 avril 2015 dans l'activité d'entretien de ventilation ou de portier; l'activité exercée était encore exigible, après cure de pseudarthrose. Quant aux travaux exigibles, compte tenu des limitations dues à l'état de santé, dans le cadre d'une activité adaptée, les seules restrictions étaient celles de soulever

des charges, monter sur une échelle ou un échafaudage, aucun port de charges pour la main droite (0 kg).! [endif]>![if> 11. Le service médical régional de l'OAI - Dresse H_____ - (ci-après : le SMR) a émis un avis le 28 juillet 2015: le début de la longue maladie remontait à novembre 2013. Aucune atteinte psychique. L'assuré, 45 ans, avait exercé l'activité de manutentionnaire jusqu'au 31 juillet 2013; il était aidé par l'hospice depuis 2010. Droitier, il avait présenté une fracture des quatrième et cinquième métacarpiens à droite, traitée par ostéosynthèse en 2008. Depuis 2011, il se plaignait d'une gêne douloureuse et d'une perte de force de la main droite. Une AMO avait eu lieu en février 2011 ; selon le Dr F_____, l'assuré présentait une pseudarthrose qui devrait être opérée. Il convenait de solliciter un rapport intermédiaire de ce médecin, en lui demandant de spécifier les limitations fonctionnelles (LF) et d'indiquer quelle serait la CT dans une activité adaptée, et depuis quand.! [endif]>![if> 12. Le 13 août 2015, le Dr F_____ a répondu à l'OAI: le patient ne s'était jamais représenté à sa consultation et était injoignable. Il a précisé que le patient avait reçu une proposition thérapeutique qui lui permettrait de reprendre son travail, mais n'était jamais revenu à sa consultation. Il était injoignable au téléphone et des convocations écrites lui avaient été envoyées.! [endif]>![if> 13. Le SMR (Dr I_____) a émis un nouvel avis en date du 4 février 2016. Rappelant le diagnostic de pseudarthrose de la main droite, il relève que l'évolution est défavorable, justifiant une nouvelle opération en 2010, avec une AMO en 2011. Le chirurgien traitant écrit, dans son dernier rapport du 13 août 2015, que l'assuré n'a plus de suivi, alors que le traitement chirurgical est exigible et doit permettre de reprendre une activité. Il faut s'en tenir aux conclusions de « l'expert (sic!) » et demander à l'assuré de faire le nécessaire pour avoir un suivi chirurgical efficace.! [endif]>![if> 14. Par courrier du 13 avril 2016, l'OAI a invité l'assuré à prendre contact avec l'unité de chirurgie de la main des HUG, afin de convenir d'un rendez-vous, à charge de l'OAI, ceci afin de continuer l'instruction de son dossier. En effet, sans documents médicaux, il n'était pas possible de donner une réponse favorable à sa demande.! [endif]>![if> 15. Par courrier du 13 avril 2016, la doctoresse J_____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a répondu à un questionnaire de l'OAI: en substance, elle indique que selon le patient, son état ne s'était pas modifié. Actuellement il n'y avait aucune aggravation. Le patient ne pouvait plus pratiquer son activité professionnelle depuis 2014 en raison de ses douleurs associées à un manque de force au niveau de sa main droite ; selon le patient, les douleurs et le manque de force ne s'étaient pas améliorés depuis son deuxième accident en 2014. Radiologiquement, la fracture au niveau du cinquième métacarpien était consolidée avec un cal vicieux. Actuellement la force de serrage ou Jamar était mesurée à 8 kg à droite contre 24 kg à gauche et la pince à 3 kg à droite contre 9 kg à gauche. La mobilité au niveau du cinquième doigt MCP en flexion-extension : 70/0/30°. F/E IPP 100/20 août/0° et F/E IPD : 90/40/0°. Le patient rapportait des douleurs avec une EVA à 5/10 au niveau de D5. Selon le patient pas d'amélioration des douleurs ni de la force depuis l'accident de 2014. Il présentait un manque de force au niveau de sa main droite. De plus, il se plaignait de douleurs avec une EVA à 5/10 lors d'activités. L'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité occupée depuis l'accident de 2014. La CT dans une autre activité adaptée devait être déterminée par une expertise. Elle ne pouvait se prononcer sur la compliance, car aucun traitement n'était en cours actuellement. Au sujet de la concordance, le patient présentait un cal vicieux avec une angulation de la tête du cinquième métacarpien en ventral. La mobilité était diminuée et la force réduite également. Pour cette raison, il existait une concordance entre les plaintes et l'examen clinique. La dernière consultation avait eu lieu suite à la demande de l'OAI (15

avril 2015). Aucun traitement n'était prévu. Il n'y avait pas de troubles psychiques. S'agissant de la question de la possibilité de reprise de travail, il ne pouvait être répondu à cette question, une expertise étant nécessaire.!

16. Le SMR (Dresse K_____) a émis un nouvel avis en date du 15 décembre 2016. Rappelant les termes des précédents avis, le SMR se réfère à la réponse de la Dresse J_____ et en particulier à sa proposition d'expertise. Le SMR propose une expertise en chirurgie de la main.!

17. L'OAI a confié celle-ci au docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, médecin consultant aux HUG et Privat-Docent à la faculté de médecine, après avoir invité l'assuré à exercer son droit d'être entendu. !

18. L'expert a rendu son rapport le 19 juillet 2017. Il s'est fondé sur les dossiers de l'OAI, des HUG et de l'hôpital cantonal d'Aarau, ainsi que sur l'examen clinique de l'assuré, complété par un examen neurologique du 14 juin 2017 par le docteur M_____, neurologue FMH, ainsi que des examens d'imagerie complémentaires, soit une échographie du poignet droit du 11 avril 2017 par le cabinet d'imagerie médicale (Docteur N_____, radiologue FMH), un bilan radiologique (colonne cervicale face et profil et oblique des deux côtés) du 3 avril 2017 par le Dr O_____, radiologue FMH, ainsi qu'une radiographie des deux mains face, oblique et profil du 3 avril 2017 par le docteur P_____, radiologue FMH. Selon son courrier d'accompagnement au rapport, l'expert s'est en outre adjoint, avec l'assentiment préalable de l'OAI, la participation de la Dresse J_____, en qualité de co-expert. Après avoir dressé une anamnèse complète, décrit le traitement actuel et enregistré les plaintes du patient, l'expert a procédé à l'examen clinique de l'assuré (3 avril 2017). Au moment d'aborder la description des constatations qu'il avait pu faire lors de l'examen clinique, l'expert a toutefois précisé que, compte tenu du mandat qui lui était confié, l'examen se limitait à l'évaluation pertinente des structures atteintes ou susceptibles de l'être de l'assuré. Il a ainsi examiné les éléments suivants : colonne cervicale, ceinture scapulaire, bras, coudes, avant-bras, poignets, mains, pouces, doigts.!

S'agissant de la colonne cervicale, l'expert a retenu une posture physiologique. La palpation des apophyses épineuses et la pression axiale sont indolores. Discrètes contractures, douloureuse de la musculature paravertébrale droite. Contraintes des défilés (Adson) positives avec disparition du pouls des deux côtés (ddc) mais sans apparition de paresthésies. Mobilité discrètement limitée et sensible en inclinaison latérale droite. S'agissant de la ceinture scapulaire, l'expert a observé un deltoïde bien galbé ddc. Paresthésies au toucher à droite. Palpation sensible de la coiffe des rotateurs à droite. Mobilité et motricité de l'articulation scapulo thoracique complète et indolore ddc. Articulation scapulo-humérale stable; les mobilités et les motricités sont complètes dans le plan frontal et dans le plan sagittal. Mobilité limitée en rotation interne à droite. La gauche la mobilité et la motricité sont complètes et indolores dans les trois secteurs. Il a ensuite ordonné les examens complémentaires mentionnés ci-dessus. Il a retenu le diagnostic incapacitant suivant: syndrome douloureux somatoforme persistant (TSD) sur douleurs référées des membres supérieur et inférieur droits (F45.4); sans répercussion sur la CT, les diagnostics suivants: cals vicieux sur fracture des quatrième et cinquième métacarpiens de la main droite (S52.3) opérés, état après hépatite B (B.16). Il a enfin répondu à toutes les questions posées par l'OAI (il sera revenu sur le détail, dans la mesure utile dans les considérants): il a notamment relevé qu'un traitement antalgique de fond adapté et associé à une psychothérapie de soutien de type cognitivo-comportemental paraissait indiqué. Au niveau de la cohérence il a indiqué qu'a priori adéquat et collaborant, le patient présente toutefois des réactions parfois démonstratives. Il a en outre observé des réponses variables

entre son examen et celui du neurologue, concernant aussi bien les plaintes que les résultats d'épreuves similaires. Toutefois, l'assuré lui-même confirmait auprès de chacun des examinateurs la variabilité des sensations éprouvées, selon les circonstances. Par ailleurs, son examen étant normal, le neurologue a conclu à l'existence de douleurs référées. Sur le plan biomécanique, bien que les fractures du quatrième et en particulier du cinquième métacarpien de sa main droite aient consolidé en position vicieuse, en vingt ans d'évolution la main s'est adaptée. Preuve en est la bonne trophicité de l'ensemble du membre supérieur droit et la mobilité subtotale des quatrième et cinquième doigts. Le manque de force résiduelle n'est pas tant le fait des déformations métacarpiennes que celui des douleurs du membre supérieur évoquées par l'assuré. Un avis psychiatrique permettra de confirmer l'indication à un soutien psychothérapeutique sous forme d'une approche de type cognitivo-comportemental associée à un traitement antalgique de fond. Une ostéotomie de correction métacarpienne est peu justifiée sur le plan fonctionnel. Quant à la CT, dans l'état actuel l'expert considère que la CT dans l'activité antérieure de portier ou de nettoyeur pouvant imposer des contraintes physiques reste nulle. Un travail adapté de type tri ou messagerie pourrait en revanche lui être confié en parallèle à la thérapie proposée. Le cas échéant, une réévaluation serait à envisager après six mois d'un traitement à la fois bien conduit et correctement suivi.

19. Le SMR (Dr. Q_____) a émis son rapport final le 23 août 2017. Reprenant les éléments du dossier précédant l'expertise du Dr L_____, il a ensuite commenté le rapport de cet expert: il a ainsi relevé que l'assuré présente la persistance d'un syndrome douloureux du membre supérieur droit, localisé à la main avec un déficit de force de 40 % de la pince pollici-digitale termino-latérale et une force de la prise digito-palmaire réduite de deux tiers. Il présente également des cicatrices palmaires douloureuses à la palpation et sensibles, avec sensations de décharges électriques à la percussion (signe de Tinel). En raison des LF décrites, l'expert considère, comme la Dresse J_____, que la CT dans l'activité habituelle est nulle, mais qu'une activité adaptée respectant les LF est exigible au taux de 100 %. Selon le SMR cette expertise est pertinente, prenant en compte les plaintes de l'assuré et s'appuyant sur un examen clinique approfondi et complété par des examens paracliniques adéquats. De plus, l'appréciation de la situation médicale et les conclusions sont claires, motivées et cohérentes. Le SMR s'écarte toutefois des conclusions de l'expert concernant la classification selon CIM 10; en effet le SMR estime ne pas pouvoir retenir la notion de TSD, compte tenu de l'anamnèse et des avis orthopédiques précédents (notamment celui du 13 avril 2016 de la Dresse J_____). En conclusion le SMR retient comme atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité: une arthropathie post-traumatique à type de persistance d'un syndrome douloureux du membre supérieur droit, localisé à la main, avec perte de force partielle (M12.5). Le début de la longue maladie remonte à janvier 2014, la CT exigible dans l'activité habituelle est de 0% ; elle est de 100% dans une activité adaptée. L'aptitude à la réadaptation existe depuis toujours. Les LF sont : pas de travail de force avec la main droite ou d'utilisation l'exposant à des chocs. Le traitement n'est pas exigible.

20. La division de gestion de l'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité : la comparaison des revenus avec et sans invalidité est fondée sur les mêmes bases, soit sur les salaires selon l'enquête suisse des salaires (ESS) 2014 tableau TA1_tirage_skill_level pour un homme exerçant dans le domaine de travail correspondant à la ligne TOTAL dans une activité de niveau 1, après indexation du salaire retenu, celui-ci étant fixé à CHF 66'633.- tant pour le salaire avec que sans invalidité, sans réduction supplémentaire pour le revenu avec invalidité, dans la mesure où sa capacité de travail résiduelle est de 100 % dans une activité adaptée. Le statut retenu

pour l'assuré est en outre celui de personne active.![endif]>![if> 21. Par courrier du 13 septembre 2017, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Les conclusions de ce projet sont celles qui seront décrites ci-dessous, dans le descriptif de la décision rendue à la suite de ce projet qui n'a pas fait l'objet de contestation de la part de l'assuré.![endif]>![if> 22. Par décision du 24 octobre 2017, l'OAI a refusé toutes rente d'invalidité et mesures professionnelles. A l'issue de l'instruction médicale, le SMR reconnaît une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle, dès le 1^{er} janvier 2014 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à son état de santé, le SMR est d'avis que la CT est de 100 % depuis toujours. Le statut retenu est celui d'actif. S'agissant de la comparaison des revenus, dans une situation où il est compliqué de déterminer avec précision son revenu sans invalidité au vu des différents emplois exercés et compte tenu du fait qu'il n'a plus exercé son activité depuis de nombreuses années, le revenu sans invalidité est établi en fonction de la référence aux salaires statistiques de l'ESS pour un homme, de niveau 1 (activités simples et répétitives), dans une activité ne nécessitant pas de qualifications professionnelles particulières (Tableau TA1 ligne Total). Sur cette base, le revenu sans invalidité est fixé à CHF 66'633.-. Quant au revenu avec invalidité, dans la mesure où la CT résiduelle est de 100 % dans une activité adaptée, l'office se base sur les mêmes données que pour l'évaluation du revenu sans invalidité (CHF 66'633.-). Ainsi la perte de gain est nulle, de sorte que le degré d'invalidité est de 0%. Le revenu estimé est largement supérieur à tous les revenus qu'il avait perçus durant sa carrière professionnelle. Le droit au reclassement existe si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque-à-gagner durable est de 20 % au moins, ce qui n'est pas le cas, en l'occurrence.![endif]>![if> 23. Par courrier du 23 novembre posté le 24 novembre 2017, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Il conclut préalablement à ce qu'il soit mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, et principalement à l'annulation de la décision entreprise, et au retour de la cause à l'office AI pour l'octroi d'une rente AI: il estime que non seulement les faits mais également les motifs de droit retenus à son encontre sont totalement injustifiés, de sorte qu'il compte faire parvenir sa motivation ultérieurement.![endif]>![if> 24. Par courrier du 27 novembre 2017, la chancellerie de la chambre de céans a fixé au recourant un délai au 8 décembre 2017 pour lui faire parvenir la copie de la décision contre laquelle il a annoncé recourir. Elle lui a communiqué un formulaire de demande d'assistance juridique, en l'invitant à l'adresser directement au service compétent.![endif]>![if> 25. Par courrier recommandé du 4 décembre 2017, le juge délégué a confirmé au recourant le délai dans lequel il était invité à faire parvenir la décision entreprise à la chambre de céans. Il a toutefois attiré son attention sur le fait que son recours n'était pas conforme aux exigences de l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10), en lui expliquant en quoi l'acte était irrégulier. Il lui a accordé un délai au 15 décembre 2017, pour compléter son recours, à défaut de quoi il serait écarté.![endif]>![if> 26. Après avoir fait parvenir la copie de la décision entreprise à la juridiction, l'assuré s'est à nouveau adressé à la chambre de céans par courrier du 14 décembre 2017, en ces termes : « Je me permets de vous dire que je n'étais par contre la décision de l'office (de) l'assurance-invalidité du canton de Genève, mais je voulais vous expliquer la situation misérable de ma santé qui reste toujours inchangée, et vous demander de bien vouloir soulager mon pauvre avenir et celui de mes enfants, d'avoir pitié de nous pour nous aider de pouvoir nous donner une solution adéquate (sic !). En vous remerciant par avance. (Salutations, nom et prénom, et signature illisible).

»![endif]>![if> 27. Par courrier du 19 décembre 2017 au recourant, la chambre de céans, se référant en particulier au courrier du 14 décembre susmentionné, a observé que cette écriture ne contenait ni conclusions ni exposé succinct des faits ou des motifs invoqués permettant à la juridiction de comprendre en quoi il estime que la décision du 24 octobre 2017 serait contraire au droit, et en somme ce qu'il attendait de la juridiction saisie; au contraire, on en comprenait que l'assuré ne souhaitait pas contester la décision de l'OAI,... Afin d'être certaine du sens à y donner, la chambre de céans lui a imparti un ultime délai au 4 janvier 2018 pour indiquer clairement s'il retirait son recours ou si, au contraire, il le maintenait. Dans cette dernière hypothèse, il lui incombait de compléter son recours pour le rendre conforme aux exigences légales, faute de quoi il serait écarté.![endif]>![if> 28. Par courrier posté le 28 décembre 2017, le recourant a indiqué à la chambre de céans que sa demande de prestations lui semble fondée. Il est atteint d'un handicap du bras droit et de deux hernies cervicales. Ce handicap a pour conséquence qu'après examen médical une incapacité de travail à 100 % lui était délivrée, son état pouvant causer une paralysie à n'importe quel moment; il est incapable de soulever des charges ou quoi que ce soit, et son atteinte touche également le bras gauche. Il n'est même pas capable de tenir un stylo pour écrire, sa main tremble de plus en plus, et de plus il n'arrive plus à faire le ménage; et il est tout le temps fatigué. Il sollicite donc le réexamen de son dossier. Il se réfère à des documents médicaux relatifs à son état de santé et les conséquences de celui-ci sur son aptitude à travailler.![endif]>![if> 29. Les documents censés avoir été annexés au courrier susmentionné ne l'ayant pas été, la chambre de céans lui a imparti un délai complémentaire pour le faire.![endif]>![if> 30. Dans le délai imparti, le recourant a adressé à la chambre de céans plusieurs documents médicaux émanant du docteur R_____ (neurochirurgien) du Centre médico-chirurgical (Genève) CMC SA (ci-après : CMC), datés respectivement des 15 et 29 septembre 2017, un rapport d'IRM de la colonne cervicale du 27 septembre 2017 de l'Institut d'imagerie médicale (Dr T_____, FMH en radiologie) concluant à une discopathie dégénérative modérée et protrusion discale au niveau C5-C6, C6-C7 latéralisée du côté droit au niveau C5-C6 et engendrant une sténose foraminale C5-C6 droite avec un conflit disco-radicaire C6 droite et une sténose canalaire modérée au niveau C5-C6 et C6-C7, à corrélérer avec la clinique ; enfin un certificat médical à qui de droit du CMC (docteur S_____, spécialiste en chirurgie orthopédique), du 5 octobre 2017, certifiant que l'assuré présente une névralgie cervico-brachiale symptomatique, une IRM ayant confirmé une compression au niveau de la colonne cervicale. Il ne doit pas porter de charges lourdes et doit suivre une thérapie antalgique prescrite par son neurochirurgien.![endif]>![if> 31. L'intimé a répondu au recours par courrier du 30 janvier 2018, concluant à son rejet. Le recourant a fait l'objet d'une expertise orthopédique en juillet 2017, laquelle doit se voir reconnaître une pleine valeur probante : elle se base notamment sur des radiographies de la colonne cervicale du 3 avril 2017, qui montrent un bon alignement des apophyses épineuses et la préservation des rapports articulaires et des espaces intervertébraux, ainsi que l'absence de rétrécissement significatif des trous de conjugaison gauche et droit sur les incidences obliques. L'examen fait apparaître des réactions parfois démonstratives. Était joint au rapport d'expertise un rapport circonstancié du Dr M_____, spécialiste FMH en neurologie, du 15 juin 2017, qui mentionne, outre un examen neurologique normal, l'absence d'élément évocateur d'un syndrome radiculaire notamment. Il n'est pas trouvé de topographie spécifique aux douleurs évoquées. C'est donc à juste titre que le SMR a conclu, dans son avis du 23 août 2017, que la CT était entière dans une activité adaptée. Quant aux nouveaux documents médicaux produits dans le cadre du recours, ils ont été soumis au

SMR qui s'est prononcé dans un avis du 29 janvier 2018. Selon le service médical les nouveaux documents produits démontrent une nouvelle atteinte, documentée par une IRM du 27 septembre 2017, soit une discopathie cervicale dégénérative avec un conflit disco-radicaire au niveau C6 droit. Ladite atteinte n'existait pas en juillet 2017 (date de l'expertise précitée), puisqu'il n'y avait aucune atteinte neurologique radicaire, élément radiologique et neurologique objectif à l'appui. Si la nouvelle atteinte a bien été objectivée antérieurement à la décision litigieuse, et quand bien même elle mériterait un complément d'information médicale (durée, suivi médical, limitations fonctionnelles,...), elle ne saurait toutefois être prise en considération dans le cadre de la présente procédure. En effet, selon la jurisprudence, la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente, propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a pour effet de créer un nouveau cas d'assurance. En l'espèce le délai de carence d'une année lié à cette nouvelle atteinte, dont on ignore encore si elle entraîne une incapacité de travail d'au moins 40 %, n'est en tout état de cause, pas encore échu. Dès lors la nouvelle atteinte sort de l'objet du présent litige. Elle devra plutôt faire l'objet d'une nouvelle procédure administrative.

32. Selon le SMR, dans son avis susmentionné du 29 janvier 2018, dans ses deux courriers le Dr R_____ retient le diagnostic de cervico-brachialgies droites, sans signe de gravité. Il atteste une incapacité de travail d'un mois à dater du 15 septembre 2017. On ne peut être convaincu par les conclusions de ce médecin, en particulier par la date du début de l'éventuelle incapacité de travail. En effet, dans son courrier du 15 septembre 2017, il fait référence à l'IRM du 27 septembre, date postérieure au courrier. Le compte-rendu de cette IRM montre des discopathies cervicales dégénératives, avec un conflit disco-radicaire, au niveau C6 droit. Enfin le certificat médical du Dr S_____ confirme les diagnostics de cervico-brachialgies avec compression radicaire. Au vu des nouveaux documents, si un nouveau diagnostic est possible pour expliquer les plaintes de l'assuré, il n'est pas possible de se positionner sur les conséquences et la date de la survenance de celle-ci. En effet, dans son rapport du 17 juillet 2017, le Dr L_____ ne signale pas de signe tronculaire ou radicaire, au niveau cervical, lors de l'examen électro-neuromyographique, preuve qu'à cette date il n'y avait aucune atteinte neurologique radicaire. De plus, les radiographies de la colonne cervicale du 3 avril 2017 ne montraient pas de signe d'atteinte cervicale, en particulier pas de rétrécissement des trous de conjugaison et pas de signe de douleurs. En conclusion, si, au vu des nouveaux éléments médicaux du dossier de l'époque, l'évaluation de l'avis SMR du 23 août 2017 était bien conforme à cette date, il semble que la possible nouvelle atteinte puisse justifier, maintenant, éventuellement de nouvelles limitations fonctionnelles. Une nouvelle instruction est nécessaire pour connaître la sévérité et la date du début de celle-ci.

33. Le recourant a été invité à se prononcer dans le cadre d'une réplique, Sans réaction de la part de ce dernier, dans le délai imparti, la chambre des assurances sociales a indiqué aux parties, que la cause était gardée à juger.

33. Par courrier du 7 mars 2018, le recourant, se référant à la lettre susmentionnée, a indiqué à la chambre de céans qu'il ne s'était pas manifesté dans le délai imparti car il était en détention pendant dix jours à la prison de Champ-Dollon. Il annexait à son courrier la copie d'un ordre d'exécution de conversion d'amende, le début de la peine étant fixé au 22 février, et la fin de peine au 4 mars 2018. Il joignait encore à son courrier de nouveaux documents médicaux, du service de chirurgie orthopédique des HUG soit : un avis de sortie du 7 février 2018 suite à une hospitalisation du 5 au 8 février 2018, à raison d'une plaie à la main droite, ayant nécessité une suture nerveuse et tendineuse; un arrêt de travail à 100 % pour accident, valable du 5

février au 18 mars 2018 ; un certificat médical du 1^{er} mars 2018 fixant un arrêt de travail pour accident au 6 février 2018, valable jusqu'au 31 mai 2018, avec la précision que le patient était actuellement sous traitement en chirurgie de la main, nécessitant un suivi régulier pendant la durée du certificat médical.![endif]>![if> 34. La chambre de céans a à nouveau écrit au recourant, le 8 mars 2018 : les nouveaux documents médicaux produits faisaient référence à une plaie à la main suite à un accident. A priori l'événement ayant conduit à son hospitalisation ainsi qu'à l'incapacité de travail résultant de l'intervention chirurgicale décrite semble postérieur à la décision entreprise, et ne ferait donc pas l'objet du litige. Il était néanmoins invité à préciser la date de son accident et de brièvement décrire les circonstances de celui-ci.![endif]>![if> 35. Par courrier du 17 mars 2018, le recourant a indiqué en substance à la chambre de céans avoir été hospitalisé aux HUG dès le 5 février 2018, en raison d'une agression survenue le 4 février 2018 vers 4h00 du matin. Une plainte pénale devrait être déposée incessamment, maintenant que les douleurs au bras provoquées par la blessure à la main droite et ses maux de tête ont réduit d'intensité. Il remarque que cette agression vient, de par sa violence, aggraver sa situation par rapport à l'état qui l'avait conduit à demander des prestations de l'assurance-invalidité. Une fois de plus, ce cas concerne la même main droite auparavant endommagée. C'est l'une des raisons pour lesquelles il adressait ces documents à la chambre de céans, bien qu'il sache que ce nouveau cas dégradant sa santé déjà entamée devra faire l'objet d'une nouvelle procédure auprès de l'OAI, qui a estimé que l'expertise du 17 juillet 2017, faite par son spécialiste le Dr L. _____ mettait en contradiction les résultats de ses médecins (Drs R. _____ et S. _____), qui avaient pourtant effectué des examens approfondis démontrant l'existence de deux hernies discales exigeant le port d'un collier cervical, la prise de médicaments jusqu'à ce jour, ainsi qu'une interdiction formelle de porter des charges. A l'époque où l'AI s'était prononcé, la double hernie discale et les décharges électriques n'étaient pas encore détectées alors qu'il en souffrait et en souffre encore à ce jour. Et pourtant, les médecins de l'intimé, - dont il conteste le rapport "peu fouillé" - ne veulent pas donner leur avis technique sur ce cas. Selon lui, les contradictions ont été invoquées pour « torpiller son droit aux prestations ». À titre subsidiaire, si l'évaluation de son état de santé par l'intimée devait être confirmée, une reconversion socioprofessionnelle serait nécessaire.![endif]>![if> 36. L'intimé a encore dupliqué, par courrier du 26 mars 2018. Il persiste dans ses conclusions. La lésion subie par le recourant à la main est une nouvelle atteinte à la santé. Outre que, selon le cours ordinaire des choses, une telle lésion n'entraîne pas d'incapacité durable de travail, au sens de l'assurance-invalidité, le délai de carence est loin d'être échu. Quant à l'atteinte cervicale et ses limitations fonctionnelles, l'intimé persiste à considérer qu'il s'agit d'un cas d'assurance nouveau; partant un nouveau délai de carence pendant lequel l'incapacité de travail doit avoir été d'au moins 40 %, doit être échu avant d'être pertinent au regard de la législation sur l'assurance-invalidité, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.![endif]>![if> 37. 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai

prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).!

3. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'AI, singulièrement à une rente et/ou à des mesures professionnelles.

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

5. 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).

6. 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.

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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

8. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/06 du 20 juin 2007 consid. 6.1 et les références). 8. Le Tribunal fédéral a durant longtemps déterminé les conditions auxquelles des tableaux cliniques psychosomatiques (cf. ATF 137 V 64 , consid. 4.3, p. 69) pouvaient donner droit à une rente d'invalidité (ATF 130 V 352 , consid. 2.2.2, p. 353, ATF 131 V 49 , consid. 1.2, p. 50) en se basant sur la présomption qu'il était possible de surmonter un trouble douloureux somatoforme ou ses effets par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés, qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Au premier plan figurait l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Les autres critères déterminants étaient : la présence d'affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, « fuite dans la maladie ») et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Mais dans un arrêt récent (ATF 141 V 281 = 9C_492/2014 du 3 juin 2015), notre Haute Cour a repensé la jurisprudence établie depuis l'ATF 130 V 352 en tenant compte, d'une part, de l'expérience accumulée au cours des onze années s'étant écoulées depuis cet arrêt de principe, d'autre part, des critiques formulées par la doctrine médicale et juridique à l'encontre de cette jurisprudence et de sa mise en œuvre. Le Tribunal fédéral a dû convenir que la présomption du caractère surmontable retenue jusqu'alors s'opposait à deux égards à une investigation complète des circonstances déterminantes pour l'incapacité de travail : d'une part, la focalisation sur des indices pouvant éventuellement renverser la présomption avait pour conséquence que l'on cherchait avant tout des aspects invalidants, alors que les ressources avaient tendance à être négligées, d'autre part, la présomption du caractère surmontable incitait parfois à sélectionner sur la base des critères les éléments de fait déterminants de manière à ce que le cas type soit réalisé, ce qui conduisait à une schématisation contraire à la libre appréciation des preuves et à l'application d'office du droit. Au surplus, la présomption favorisait la conception que le caractère surmontable était indivisible, de sorte que seule une incapacité de travail entière pouvait entrer en considération (arrêt op. cit. consid. 3.4.2). Fort de ce constat, le Tribunal fédéral a choisi de remplacer le modèle règle/exception ayant cours jusqu'alors par une grille d'analyse structurée et normative (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il préconise une nouvelle méthode pour apprécier la question de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail entière ou partielle : au moyen d'un catalogue d'indicateurs, la capacité de travail effectivement atteignable est soumise à une appréciation symétrique sans résultat prédéfini – qui tient compte des facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, des potentiels de compensation (ressources), d'autre part (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il sied toutefois de souligner que l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective : il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. 9. Les observations médicales constituent le point de départ de l'examen du droit à la rente conformément aux art. 4 al. 1 LAI et 6ss LPGA (en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA) : une limitation de la capacité de travail ne peut donner droit

à des prestations que si elle résulte d'une atteinte à la santé ayant fait l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt op. cit., consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les experts doivent donc donner des explications quant au diagnostic, afin d'établir le caractère de maladie, mais également quant aux atteintes concrètes des fonctions nécessaires à la gestion du quotidien, lesquelles seront aussi reprises dans l'estimation de la capacité de travail. A cet égard, il ne faut inclure dans la « preuve cohérente d'une activité et d'une participation perturbées » que des déficits fonctionnels émanant des observations qui ont également été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par un examen consciencieux de plausibilité (arrêt op. cit. consid. 2.1.2 ; ATF 140 V 290 , consid. 3.3.1, p. 296 et consid. 3.3.2 au début, p. 297). Il conviendra également que les experts se prononcent sur l'existence ou non d'une limitation résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (se manifestant par une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ou encore, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact étant précisé qu'un simple comportement explicite n'indique pas en soi une exagération ; arrêt op. cit. consid. 2.2.1). 10. Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), aux syndromes de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). S'agissant en particulier des troubles moteurs dissociatifs, le TF a confirmé à plusieurs reprises sa jurisprudence, notamment dans

plusieurs arrêts de principe (cf. ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 p. 13 s.; 137 V 64 consid. 4.2 p. 68; 136 V 279 consid. 3.2.1 p. 282 ; cf. également arrêt 8C_607/2015 du 3 février 2016).

11. La nouvelle approche préconisée par le Tribunal fédéral entraîne des adaptations dans la formulation des indicateurs et un certain élargissement matériel des aspects déterminants de l'examen. S'il est ainsi possible de se baser sur la liste de critères utilisée jusqu'alors, cette liste doit cependant être utilisée en tenant toujours compte des circonstances du cas particulier (il ne s'agit pas d'une « check-list où il suffit de cocher des rubriques ») et elle n'est pas non plus immuable en tant que telle mais ouverte aux connaissances médicales nouvellement établies qui, en tant que réalités juridiques, marquent la conception de la liste de leur empreinte (cf. arrêt op. cit. consid. 4.1.1). Il s'impose dès lors d'abandonner l'importance prioritaire de la comorbidité psychique et de renoncer à faire référence au bénéfice primaire de la maladie. On ne parle plus de « critères » mais d'« indicateurs », c'est-à-dire d'éléments de preuve déterminants servant à établir un état de fait donné (arrêt op. cit. consid. 4.1.29.), les réponses des experts médicaux constituant des indices devant aider à pallier à la difficulté d'apporter la preuve dans l'évaluation de l'incapacité de travail lors de troubles psychosomatiques. Ces indicateurs peuvent être systématisés de la manière suivante : Catégorie « degré de gravité fonctionnel » - complexe « atteinte à la santé » : · expression des éléments pertinents pour le diagnostic · succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard · comorbidités - complexe « personnalité » : diagnostic de la personnalité, ressources personnelles - complexe « contexte social »

Catégorie « cohérence » (comportement) - limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie - poids des souffrances révélé par l'anamnèse (cf. traitements et réadaptation).

12. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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.

a. 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).

b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c. 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). d. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler

d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 14. 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). 15. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 16. En l'espèce, la décision entreprise ayant été rendue sur la base de l'expertise du Dr L._____ de juillet 2017 et de l'interprétation qu'en a faite le SMR, il y a lieu dans un premier de déterminer si l'expertise administrative susmentionnée peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. La chambre de céans considère que tel n'est pas le cas: a. Force est tout d'abord de constater que l'expert, spécialiste en chirurgie orthopédique, assisté d'un co-expert lui-même spécialiste en chirurgie de la main, n'a retenu comme seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (TSD) sur douleurs référées des membres supérieur et inférieur droits (F45.4). Or,

selon la jurisprudence, dans la règle, lorsque la question se pose d'un tel diagnostic, un avis de psychiatre est requis. Tel n'a toutefois pas été le cas en l'espèce. La spécialité des experts ne les autorisait pas à eux seuls à poser un tel diagnostic. Du reste, l'expert a lui-même retenu qu'un avis de psychiatre paraissait indiqué, et qui pourrait d'ailleurs confirmer la nécessité d'un soutien psychothérapeutique sous forme d'une approche de type cognitivo-comportemental associé à un traitement antalgique de fond (dans la mesure où, selon ses constatations, la médication actuelle consiste dans la prise de paracétamol et de Voltaren, l'assuré ne bénéficiant actuellement d'aucun traitement de rééducation). Certes, l'expert a également recueilli l'avis d'un neurologue - dont l'avis peut en certaines circonstances être suffisant pour retenir le diagnostic de TSD; le Dr M_____ a procédé à divers examens, et a établi un rapport. Le neurologue a conclu que le tableau clinique doit très clairement être rattaché à des "douleurs référées" n'ayant pas de topographie spécifique suivant un dermatome précis. Il indique d'ailleurs que les éléments recueillis sont très nettement modulés par la fatigue, le stress et le surmenage, mais peuvent disparaître dans le cadre d'activités physiques notamment la marche ou la danse. Il indique que l'examen neurologique objectif est normal même s'il relève l'existence d'une sensation hyperesthésique intéressant le bras et la jambe s'arrêtant en bras de chemise et exactement à la base du crâne à droite; ses constatations ont également faites au niveau du membre inférieur droit. Les examens neurographiques sont normaux et n'ont pas permis de corroborer l'existence d'un syndrome du tunnel carpien, de Guyon, d'une atteinte radiculaire ou d'une compression au niveau du point d'Erb. Il n'a pas non plus relevé d'éléments évocateurs d'une polyneuropathie, d'une neuropathie ou d'un syndrome radiculaire aux membres inférieurs. Il n'a en définitive retenu aucun diagnostic, notamment pas celui de TSD.

!> Selon la littérature médicale la douleur référée est une douleur ressentie à distance du foyer local de la lésion, pouvant s'accompagner d'autres symptômes neurologiques, comme une hypoesthésie (engourdissements) ou une anesthésie, des paresthésies (sensations anormales, comme des picotements, des fourmillements, des chocs électriques), ou de dysesthésie. La douleur référée, dite sclérogénique, résulte d'une convergence des informations (nerveuses) afférentes somatiques et viscérales d'un même segment embryonnaire (sclérotome). La hernie discale est un bon exemple de douleur qui implique fréquemment une douleur locale, irradiée et référée. Sans conflit avec les éléments nerveux, la lésion discale, profondément située au niveau du rachis, provoque des douleurs locales et irradiées. Dans le cas où la hernie discale entre en conflit avec une racine nerveuse, la moelle épinière ou la queue de cheval, une douleur référée et d'autres symptômes accompagnés sont provoqués par la hernie du disque intervertébral. (consultable à l'adresse internet suivante :

<http://www.osteopathieetcie.com/2012/02/28/douleurs-locale-irradiante-referee/>). Or, le neurologue n'en dit pas plus au sujet de l'origine possible, somatique ou viscérale résultant de la convergence des informations, au sens de la définition susmentionnée. Certes, le neurologue conclut que du point de vue neurologique pur, il n'existe aucune limitation dans des activités quelles qu'elles soient, ce qui n'exclut évidemment pas des limitations pour d'autres causes, de sorte que dans le cas d'espèce, on ne saurait notamment faire l'économie d'une expertise psychiatrique, les conditions exceptionnelles posées par la jurisprudence pour que l'on n'ait pas besoin de recueillir l'avis du psychiatre n'étant pas données en l'espèce (ATAS/370/2016 confirmé par l'arrêt du tribunal fédéral 9C_422/2016 du 23.01.2017). b. Le diagnostic retenu par l'expert ne convainc pas non plus, par rapport à ses propres constatations, dont certaines paraissent incompatibles avec un examen

rigoureux des indicateurs posés par la jurisprudence inaugurale du tribunal fédéral (ATF 141 V 281), et les conséquences que l'on doit en tirer. Il en va ainsi des remarques de l'expert, au niveau de la cohérence: il retient que si les allégations de l'assuré sont le plus souvent adéquates lors du dialogue, l'examen fait apparaître des réactions parfois démonstratives. L'expert a en outre observé des réponses variables entre son examen et celui du neurologue concernant aussi bien les plaintes que les résultats d'épreuves similaires, même s'il relève que l'assuré lui-même confirme auprès de chacun des examinateurs la variabilité des sensations éprouvées selon les circonstances. L'expert relève que les phénomènes de douleurs décrits par l'expertisé sont fluctuants, réduites avec l'activité physique, mais aggravées avec la fatigue ou les préoccupations; le neurologue relève, de son côté, à l'anamnèse neurologique dirigée que toute la symptomatologie n'est pas augmentée dans le cadre d'efforts, ou de manœuvre de Valsalva; il ajoute que, selon l'assuré, l'ensemble de la symptomatologie peut même disparaître notamment lorsqu'il danse ou marche durant de nombreuses heures ; l'assuré ajoute avoir constaté que cette activité engendre une nette amélioration de son état. Par ailleurs, l'expert ne s'est pas prononcé par rapport à certains indicateurs, en particulier celui des ressources de l'assuré (question VI.5 de la mission d'expertise) et de la possibilité de les exploiter - selon les indicateurs jurisprudentiels. > c. A cela s'ajoute que l'expert ne s'est pas prononcé clairement par rapport aux questions qui lui étaient posées en relation avec la capacité de travail: s'il considère que la CT dans l'activité antérieure de portier ou de nettoyeur reste nulle - ce qui peut en effet se traduire par un taux de 0 % (réponse à la question VI. 1 de la mission); il était en revanche invité à se déterminer sur la CT dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré (activité adaptée), à quel taux et depuis quand, ainsi qu'à en indiquer l'évolution. Il devait en outre énoncer les limitations fonctionnelles, et de ce point de vue, l'expertise ne répond pas aux questions posées: s'agissant en effet d'un travail dans une activité adaptée, l'expert a répondu comme suit ; après avoir indiqué que la CT dans l'activité antérieure restait nulle, l'expert a poursuivi: « un travail adapté de type tri ou messagerie pourrait en revanche lui être confiée en parallèle avec la thérapie proposée. Le cas échéant, une réévaluation sera envisagée après six mois d'un traitement à la fois bien conduit et correctement suivi. » En l'espèce, l'expert ne se prononce pas sur le taux d'une CT adaptée; de surcroît, on ne saurait considérer qu'en l'absence d'une telle précision on devrait en inférer que la CT dans une activité adaptée serait de 100 %, d'une part en raison du fait que selon l'expert un tel travail pourrait être proposé à l'assuré, en parallèle à la thérapie qu'il estime nécessaire (traitement antalgique de fond adaptée et associé à une psychothérapie de soutien), avec une réévaluation de la CT après six mois; ce qui dans le contexte de sa réponse implique qu'a priori cette CT ne serait pas complète, à tout le moins au début du traitement. D'autre part ce traitement, si ce n'est sa finalité, devrait, selon l'expert et le sens commun, avoir pour conséquence une amélioration de la CT dans l'activité adaptée, à défaut de quoi on ne voit pas pourquoi il préconiserait une réévaluation de la CT après six mois d'un traitement bien conduit et correctement suivi. > Au vu de ce qui précède, on ne saurait dès lors accorder une valeur probante à cette expertise. 17. Ce nonobstant, le SMR, dans son rapport final du 23 août 2017, a affirmé que l'expert considérerait, à l'instar de la Dresse J_____, que la CT exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles seraient exigible au taux de 100 %. On rappellera qu'un tel rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical;

et qu'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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Or le SMR ne s'est pas cantonné à la mission qui lui incombe dans ce contexte, ses observations étant erronées, partant les conclusions qu'il en tirait, l'étaient également : non seulement, comme on l'a vu ci-dessus, l'expert n'a jamais affirmé que la CT dans une activité adaptée serait de 100 %, - ceci indépendamment de savoir à partir de quand, puisqu'il ne s'est pas prononcé sur cette question -, mais en plus, le SMR ne pouvait prétendre que l'expert se serait aligné sur l'avis de la Dresse J_____ : en effet, cette dernière, dans son courrier du 13 avril 2016, répondant au questionnaire du SMR, en particulier à la question 6 (« quelle est la capacité de travail en pour cent et depuis quand ... b. dans une autre activité adaptée ») et à la question 12 (« si une reprise de travail n'est pas possible actuellement (à plein temps ou à temps partiel) peut-on envisager un retour au travail ultérieurement (dans le même métier ou dans un autre) ? Si oui, dans combien de temps et à quel taux ? Si non pourquoi ? »), la Dresse J_____ a répondu : « afin de répondre à cette/ces question(s), une expertise est nécessaire. » Or, c'est sur la base de ses observations erronées que le SMR, dans son avis final, a conclu à une CT exigible dans une activité adaptée de 100 %, depuis toujours. Cette conclusion erronée a pourtant servi de base à la décision entreprise. On relèvera encore que cet avis du SMR est difficilement compréhensible, pour d'autres raisons, et notamment parce qu'il est encore contradictoire: en effet, juste après avoir considéré que cette expertise serait pertinente, prenant en compte les plaintes de l'assuré et s'appuyant sur un examen clinique approfondi et complété par des examens paracliniques adéquats, et avoir considéré que l'appréciation de la situation médicale et des conclusions seraient claires, et cohérentes, le SMR a déclaré s'écarter des conclusions de l'expert concernant la classification CIM 10, estimant ne pouvoir retenir la notion de TSD, compte tenu de l'anamnèse et des avis orthopédiques précédents (en particulier le rapport médical du 13 avril 2016 de la Dresse J_____, susmentionné). Or le SMR, en ne retenant pas le seul diagnostic incapacitant retenu par l'expert ne pouvait retenir, en d'autres termes, une valeur probante à cette expertise. Il a au contraire délibérément substitué son appréciation aux autres avis médicaux figurant au dossier, en retenant en l'occurrence un diagnostic qui ne ressort d'aucun document médical antérieur. 18. En conséquence, et au vu de ce qui précède, tant par rapport à l'expertise du Dr L_____ que par rapport à l'avis final du SMR, consécutif à l'expertise, la décision entreprise doit être annulée, et la cause retournée à l'intimé, pour qu'il procède aux investigations complémentaires auxquelles il n'a pas procédé, comme il aurait le faire, à simple lecture du rapport d'expertise, qui contenait à tout le moins suffisamment d'éléments commandant la poursuite sinon le complément de l'instruction médicale : c'était clairement le cas par rapport au volet psychiatrique, recommandé par l'expert, mais c'était probablement également le cas par rapport à la symptomatologie, dont les causes n'avaient pas pu être objectivées sur le plan somatique. L'expert avait en effet attiré l'attention sur le caractère limité de ses examens en raison du cadre de sa mission d'expertise, celui-ci n'étant probablement pas suffisant pour avoir une vision globale de la situation et de l'état de santé de l'assuré. Dans ce contexte, on retiendra que parmi les documents produits par le recourant en cours de procédure de recours, certains rapports médicaux ou comptes-rendus radiologiques ou d'IRM retenaient le diagnostic de hernies discales au niveau de C5-C6 et C6-C7 pouvant expliquer les douleurs de type cervico-brachiales bilatérales, beaucoup plus importantes à droite qu'à gauche, avec décharges électriques et

blocage surtout au niveau du membre supérieur droit : ces documents consistaient notamment en deux courriers respectivement datés des 15 et 29 septembre 2017, du Dr R_____ ainsi que le certificat médical du 5 octobre 2017 du Dr S_____, lesquels se réfèrent à une I.R.M. cervicale réalisée le 27 septembre 2017, qui montrait ces deux hernies discales avec compression sur la moelle à ce niveau. Ces documents ayant été soumis au SMR, celui-ci s'est prononcé dans un avis du 29 janvier 2018: le Dr I_____ observe que le Dr R_____ (neurochirurgien) - (avis confirmé par le Dr S_____) - retient le diagnostic de cervico-brachialgies droites, - sans signe de gravité, ajoute le SMR -. Le Dr I_____ se prononce également sur le rapport d'IRM et retient que ce dernier met en évidence des discopathies cervicales dégénératives avec conflit disco-radiculaire au niveau C6 droit. Il estime ne pas pouvoir être convaincu par les conclusions du Dr R_____, en particulier par la date du début de l'éventuelle incapacité de travail qu'il fixe au 15 septembre 2017, au motif que dans son courrier du 15 septembre 2017 ce médecin évoque l'IRM du 27 septembre 2017 (postérieure au courrier en question); ce en quoi le médecin du SMR perd de vue que le courrier du 15 septembre 2017 comporte, quant à lui, certainement une erreur évidente (fréquente en la matière lors de la rédaction d'un nouveau courrier sur la base d'un document antérieur existant, en omettant de rectifier la date).: pour preuve le fait que les documents produits comportaient en outre un courrier quasiment identique au précédent mais daté du 29 septembre 2017, évoquant lui aussi l'IRM du 27. Le Dr I_____ observe qu'au vu de ces nouveaux documents – antérieurs à la décision entreprise – si un nouveau diagnostic est possible pour expliquer les plaintes de l'assuré, il n'est pas possible de se positionner sur la date de survenance et les conséquences de ce diagnostic. Il retient, cela étant, que dans son rapport d'expertise du 17 juillet 2017, l'expert, chirurgien orthopédique, ne signalait pas de signe tronculaire ou radiculaire au niveau cervical lors de l'examen électro-neuro-myographique, preuve - selon le Dr I_____ - qu'à cette date il n'y avait aucune atteinte neurologique radiculaire. Il note également que les radiographies de la colonne cervicale du 3 avril 27 ne montraient pas de signe d'atteinte cervicale. Il concède toutefois que si au vu des éléments médicaux du dossier de l'époque l'évaluation du SMR du 23 août 2017 était bien conforme, à cette date-là, il semble que la possible nouvelle atteinte puisse justifier, maintenant, de nouvelles limitations fonctionnelles. Il en conclut qu'une nouvelle instruction est nécessaire pour connaître la qualité et la date de début de celle-ci. Dans sa prise de position du 30 janvier 2018, notamment en relation avec cet avis médical du SMR, l'intimé retient que si la nouvelle atteinte a bien été objectivée antérieurement à la décision litigieuse, et quand bien même elle mériterait un complément d'information médicale (durée, suivi médical, limitations fonctionnelles,...), elle ne saurait toutefois être prise en considération dans le cadre de la présente procédure. Il considère en effet que selon la jurisprudence, la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente, propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a pour effet un nouveau cas d'assurance. Il notait qu'en l'espèce le délai de carence d'une année liée à cette nouvelle dont on ignore encore si elle entraîne une incapacité de travail d'au moins 40 % n'était en tout état de cause pas encore échue au jour de sa détermination. Il conclut ainsi que la nouvelle atteinte sortait de l'objet du présent litige et devrait plutôt faire l'objet d'une nouvelle procédure administrative. Étant donc admis que cette « nouvelle atteinte » existait déjà au moment de la décision entreprise, dès lors qu'en tout état le dossier sera retourné à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, il y aura lieu de tenir compte également de cette "nouvelle" atteinte dans les investigations auxquelles l'intimé devra procéder, d'autant qu'il en reconnaissait la nécessité, suivant l'avis

du SMR du 29 janvier 2018. Ceci dit, la question de savoir s'il s'agit - comme le prétend l'intimé - véritablement de la « survenance d'une atteinte totalement différente » peut en l'état rester ouverte, d'autant qu'une telle affirmation est douteuse : la chambre de céans s'étonne en effet que l'on puisse concevoir qu'une telle atteinte aurait pu ne pas être décelée lors de l'expertise, respectivement au printemps 2017 (radiographies de la colonne cervicale du 3 avril 2017), et apparaisse dans un délai aussi bref que de quelques mois (27 septembre 2017), alors que selon le SMR il s'agit d'atteintes dégénératives (qui impliquent un processus sur la durée). Sauf précisément à se référer aux réserves de l'expert quant à l'étendue (limitée) des examens auxquels il a procédé. Cette question pourra être examinée, dans le cadre de l'instruction médicale complémentaire à laquelle procédera l'intimé, cas échéant sous la forme d'une expertise bidisciplinaire comportant un volet psychiatrique d'une part, et rhumatologique, neurologique ou neurochirurgical d'autre part, à préciser par le SMR. En tout état la production de ces documents, au début janvier 2018, devra être prise en compte comme valant date de dépôt d'une nouvelle demande si cette atteinte devait être considérée comme nouvelle. 19. Au vu de ce qui précède il n'y a pas lieu à ce stade d'examiner la décision entreprise en regard de la méthode selon laquelle l'intimé a fixé le degré d'invalidité dans le cadre de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, d'autant que cet aspect n'a pas été discuté par le recourant, et qu'a priori la méthode utilisée est conforme à la jurisprudence. 20. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 24 octobre 2017 sera annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis 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 :

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