

GE_GERICHTE A/495/2017 vom 22. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_495_2017

FR: GE_GERICHTE A/495/2017 du 22 août 2018

IT: GE_GERICHTE A/495/2017 del 22 agosto 2018

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.08.2018
A/495/2017

A/495/2017 ATAS/716/2018 du 22.08.2018 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/495/2017 ATAS/716/2018
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 22 août 2018 4 ème
Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE 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 _____ 1959, a été opéré le 17 février 2015, à Madrid, à la suite d'un
blocage de la charnière lombo-sacrée. ![endif]>![if> 2. Il a requis des prestations de
l'assurance-invalidité le 22 janvier 2016, indiquant être maçon et en arrêt maladie à 100%
depuis le 17 février 2015, en raison de trois hernies discales.![endif]>![if> 3. Dans un
rapport adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) le
26 février 2016, le docteur B_____ a indiqué que la longue maladie de l'assuré avait
commencé le 3 octobre 2014 et qu'il le suivait dès cette date. L'assuré était rentré en Suisse
cinq jours après son opération à Madrid et il était sous traitement antalgique et de
physiothérapie. En journée, ses douleurs étaient supportables, mais elles le tenaient réveillé
la nuit. Les limitations fonctionnelles étaient : port de charges limité à 10 kg, pas de
marches prolongées et pas de mouvements brusques. La capacité de travail exigible de
l'assuré était de 0% dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée.
L'aptitude à la réadaptation débiterait le 31 mars 2016, sous réserve.![endif]>![if> 4.
Le 26 février 2016, le docteur C_____, spécialiste FMH en orthopédie, a informé l'OAI
que la longue maladie de l'assuré avait débuté le 3 octobre 2014. La capacité de travail
exigible était de 0% dans l'activité habituelle et il était encore prématuré de la déterminer
dans une activité adaptée. Il faudrait examiner cette question après la réadaptation
professionnelle. La cause de l'incapacité de travail était une maladie, soit trois hernies
discales lombaires opérées en Espagne le 17 février 2015. Le Dr C_____ suivait l'assuré
depuis le 1 er décembre 2015. L'assuré était en incapacité de travail à 100% dès le 19 mars
2015. L'activité exercée habituellement n'était plus exigible. Le rendement était réduit. On
ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, ni à une amélioration de
la capacité de travail de l'assuré. S'agissant des limitations dues à son état de santé, l'assuré
ne pouvait pas faire des activités uniquement en position assise, uniquement en position
debout, se pencher, travailler les bras au-dessus de la tête, être accroupi ou à genoux,
monter sur une échelle/un échafaudage. Il était limité dans l'utilisation des deux mains. Ces
indications étaient valables dès le 26 février 2016. ![endif]>![if> 5. Dans un rapport
médical intermédiaire adressé le 31 mai 2016 à l'OAI, le Dr C_____ a indiqué que l'état
de l'assuré était resté stationnaire et qu'il n'y avait pas eu de changement dans les
diagnostics. Il y avait des périodes d'amélioration par la physiothérapie et la piscine. Le

dernier examen médical datait du 25 avril 2016. La capacité de travail était de 0% dans le poste occupé en tant que maçon et, dans une autre activité adaptée, elle dépendrait de l'activité possible vu la rééducation professionnelle. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. La reprise du travail dépendrait de la rééducation professionnelle. L'assuré ne pouvait plus travailler comme maçon. Un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.![endif]>![if> 6. Dans un rapport médical intermédiaire du 13 juin 2016, le Dr B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire depuis novembre 2015 et qu'il n'y avait pas eu de changement dans les diagnostics. Une évolution lente était constatée. Le patient devait revoir le chirurgien qui l'avait opéré à Madrid. Lorsqu'il arrêta les anti-inflammatoires, les douleurs revenaient. Il ne pouvait pas porter des charges de plus de 10 kg. La capacité de travail était de 0% dans le poste de travail occupé en tant que maçon. La compliance était optimale. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. On pouvait envisager un retour au travail ultérieurement, mais pas en tant que maçon. Un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.![endif]>![if> 7. À teneur d'un avis établi par la doctoresse D_____, médecin auprès du service médical régional (ci-après SMR), du 15 décembre 2016, l'assuré avait une capacité de travail exigible de 0% dans l'activité habituelle depuis le 17 février 2015 et de 100% dans une activité adaptée au 1^{er} septembre 2015, soit six mois après l'intervention chirurgicale.![endif]>![if> 8. Le 20 décembre 2016, l'OAI a rendu un projet de décision rejetant la demande de prestations de l'assuré, considérant que depuis février 2015 (début du délai d'attente d'un an), sa capacité de travail était considérablement restreinte et que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle de maçon, mais de 100% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles depuis septembre 2015. Il existait sur le marché du travail un certain nombre d'activités ne nécessitant pas de qualifications particulières et qui étaient adaptées à son état de santé. Le degré d'invalidité n'était pas suffisant pour ouvrir un droit aux prestations.![endif]>![if> 9. Le 9 janvier 2017, l'OAI a reçu de l'assuré une convocation qui avait été adressée par les HUG à ce dernier le 19 décembre 2016 pour une intervention chirurgicale fixée au 24 janvier 2017.![endif]>![if> 10. Par décision du 3 février 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision, précisant que la convocation précitée n'apportait pas de nouveaux éléments lui permettant de modifier son appréciation.![endif]>![if> 11. L'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales le 10 février 2017. Il était surpris de la décision hâtive et définitive de l'OAI, car il devait subir une seconde opération du dos en janvier et, de ce fait, son dossier ne pouvait pas être clôturé à ce moment-là. L'intervention initialement prévue le 24 janvier 2017 avait malheureusement dû être repoussée au 3 février 2017. Il était encore dans l'attente du rapport du docteur E_____, médecin adjoint du département de chirurgie des HUG, responsable de la chirurgie de la colonne vertébrale – qui l'avait récemment opéré – pour tenir l'OAI informé de son état de santé actuel. Il ne pouvait plus utiliser son dos pour travailler dans la construction et, vu la conjoncture, les opportunités de trouver un emploi étaient très faibles, surtout à 57 ans. Il avait été opéré le 17 février 2015 pour la mise d'une prothèse en soutien de sa colonne vertébrale. Malheureusement, les douleurs avaient persisté et s'étaient même intensifiées, ce qui l'avait empêché de reprendre une activité professionnelle. Il avait alors consulté le Dr E_____, qui avait conclu que la prothèse ne respectait pas sa cambrure naturelle, ce qui le faisait souffrir, et qu'il fallait le réopérer au plus vite pour la retirer. Il

était sorti de l'hôpital le 6 février précédent.![endif]>![if> À l'appui de son recours, l'assuré a notamment produit : - un rapport établi par le Dr E_____ du 25 août 2016 informant le Dr C_____ avoir vu l'assuré à sa consultation du même jour en raison de lombalgies résiduelles post-opératoires. Un traitement conservatoire avec de la physiothérapie avait été débuté sans amélioration des symptômes. Il souhaitait revoir l'assuré six semaines plus tard pour évaluer l'évolution sous physiothérapie avec une nouvelle imagerie et port de la semelle de compensation préconisée lors de leur dernier rendez-vous.![endif]>![if> - un rapport de consultation établi le 4 novembre 2016 par les Drs E_____ et F_____, médecin interne, informant le Dr C_____ qu'ils avaient revu l'assuré le jour même. Celui-ci souffrait de lombalgies mécaniques liées à un malalignement lombo-sacré et à une non-union sur le segment L5-S1. Ils avaient pris la décision de procéder à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Cette intervention pourrait être la première de trois opérations chirurgicales, car la douleur pourrait diminuer, mais également s'aggraver.![endif]>![if> - un rapport du 15 décembre 2016 par lequel le Dr E_____ informait le Dr C_____ que la meilleure alternative à proposer à l'assuré était une ablation du matériel. Il n'était pas exclu qu'une deuxième, voire une troisième chirurgie soit nécessaire afin de stabiliser le segment L5-S1. Il avait été expliqué à l'assuré qu'il était prudent de poursuivre une réorientation professionnelle auprès de l'OAI, car un travail lourd dans le bâtiment n'était plus envisageable dans l'avenir. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse était prévue pour le 24 janvier 2017.![endif]>![if> - un rapport établi par le docteur G_____, médecin interne du département de chirurgie des HUG, le 6 février 2017, dont il ressort que l'assuré a été hospitalisé du 3 au 6 février 2017 pour une ablation de matériel osseux avec un arrêt de travail jusqu'au 17 février 2017, à réévaluer.![endif]>![if> 12. Par réponse du 14 mars 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à la décision querellée et faisant valoir, pièce à l'appui, que par avis du 14 mars 2017, le SMR avait estimé que l'intervention subie par le recourant en février 2017 ne justifiait qu'une incapacité de travail limitée dans le temps et que, dès lors, les précédentes conclusions du SMR restaient d'actualité.![endif]>![if> 13. Sur questions de la chambre de céans, le docteur H_____, chirurgie orthopédique FMH, a répondu, brièvement et de de façon manuscrite le 16 octobre 2017, qu'une activité adaptée aux limitations était possible en théorie pour l'assuré dès le 26 février 2016, mais pas actuellement, car il avait été réopéré le 9 janvier 2018 aux HUG. Il avait revu l'assuré après son opération de février 2017 dont il commentait les résultats de la façon suivante : « AMO insuff. -> ad fusion », précisant qu'à la suite de cette opération, l'assuré était de manière justifiée en incapacité de travail à 100%.![endif]>![if> 14. Entendu par la chambre de céans le 8 décembre 2017 :![endif]>![if> a. Le recourant a indiqué qu'il était arrivé en Suisse en 2010 et qu'il avait commencé à travailler dans la maçonnerie. Il avait eu de nombreux emplois temporaires de courte durée et avait travaillé près d'un an pour I_____ SA. Il avait déjà mal au dos bien avant octobre 2014, mais il avait continué à travailler avec des antidouleurs. En octobre 2014, sa dernière mission de travail s'était terminée et il avait voulu trouver une solution pour ses douleurs au dos. Il s'était rendu à Madrid où il avait été opéré le 17 février 2015, car, à Genève, un spécialiste lui avait dit qu'il n'avait pas de problèmes et que s'il avait des douleurs, il pouvait prendre des anti-inflammatoires et aller travailler. Il avait fait quelques allers-retours de Genève à Madrid pour voir un médecin et préparer une opération qui avait eu lieu le 17 février 2015. Il était alors resté une semaine à Madrid. Après l'opération, son médecin traitant à Genève, le Dr B_____, l'avait adressé au docteur J_____, chirurgie orthopédique FMH, qui l'avait suivi un moment. Après six

mois, ce dernier avait considéré qu'il pouvait travailler. Il était alors retourné voir le Dr B_____ qui l'avait adressé au Dr C_____. Il avait essayé de travailler depuis 2016 et réfléchi à ce qu'il pouvait faire. Il était limité par ses douleurs et ne pouvait pas travailler comme peintre, dans le nettoyage ou comme garde du corps, du fait qu'il ne pouvait pas rester debout trop longtemps. Il avait passé un permis de conduire professionnel en 2017, car il pouvait conduire sans douleurs. Il pensait pouvoir travailler comme chauffeur Uber, par exemple, en faisant des pauses. C'était son projet dès janvier 2018, s'il se sentait mieux. Pour le moment, il ne faisait rien et attendait son opération de janvier. Actuellement, dormir et marcher lui causaient des douleurs. Après la première opération du 15 février 2015, il avait continué à avoir des douleurs et même davantage. Après la deuxième opération, cela n'allait pas mieux. Il souhaitait trouver une solution avec l'OAI et que celui-ci l'aide à travailler. Il pourrait travailler pour une voirie par exemple, mais il pensait ne pas pouvoir obtenir un tel poste, car il avait 58 ans et vu son curriculum vitae. Il avait un dossier de candidature, mais ne l'avait pas encore envoyé, car il attendait sa prochaine opération. b. Le Dr H_____ a déclaré à la chambre de céans que le Dr C_____ était à la retraite depuis le mois de février et qu'il avait de ce fait repris le suivi du recourant. Il avait répondu aux questions posées par la chambre de céans le 10 octobre 2017 sur la base du dossier et des constatations qu'il avait lui-même faites lors de sa première consultation avec le patient, le 21 mars 2017, et des consultations suivantes. Le 21 mars 2017, le patient était inapte à travailler comme maçon, mais probablement capable de travailler dans une activité adaptée à 100%. Son état médical n'était toutefois pas stabilisé, car une nouvelle opération était prévue. Sans formation adaptée, cette capacité de travail était théorique, car le recourant était maçon. Il était d'accord avec le fait que, si le Dr C_____ avait mentionné dans son rapport du 26 février 2016 à la suite des limitations fonctionnelles du patient que celles-ci étaient valables dès le 26 février 2016, que la capacité de travail médico-théorique du patient était de 100% dès cette date. Il avait indiqué le 16 octobre 2017 que l'assuré pouvait en théorie avoir une activité adaptée à ses limitations dans un poste sédentaire depuis le 26 février 2016, mais que cela n'était pas possible actuellement, car il devait être réopéré le 9 janvier 2018. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse faite en février 2017 était insuffisante et il était nécessaire de procéder à une fusion. À la suite de l'opération de février 2017, l'assuré était en incapacité de travail à 100%. Il s'agissait en fait d'une incapacité de travail dès 2015. Dans un contexte d'opérations successives, il était prématuré de procéder à un reclassement professionnel. S'agissant du ch. 1.7 du rapport du Dr C_____ du 26 février 2016 qui mentionnait « voir après rop », celui-ci faisait probablement référence à une « réopération ». Il était exact que cela entraînait en contradiction avec le fait que le Dr C_____ avait estimé que les indications sur les limitations étaient valables dès le 26 février 2016. Le Dr H_____ précisait qu'en ce qui le concernait, il savait que le patient devait se faire réopérer. Il ne pouvait avoir qu'un avis spéculatif sur l'appréciation du SMR du 15 décembre 2016, car il n'avait vu le patient que le 21 mars 2017 et, à ce moment-là, ce dernier était incapable de travailler, car il était à six ou sept semaines de son opération. Le Dr H_____ est ensuite revenu sur ce qu'il avait dit en début d'audience, en indiquant que, selon lui, le patient n'était pas apte à travailler à 100% dans une activité adaptée le 21 mars 2017. En revanche, il était possible qu'au moment où le Dr C_____ avait établi son rapport du 26 février 2016, une réadaptation fût possible. Les limitations fonctionnelles du patient le 21 mars 2017 étaient : douleurs lombaires basses, mobilité fortement limitée, distance doigt-sol de 30 cm (sachant qu'un patient sain arrive à toucher le sol), traitement algique, anti-inflammatoire et opiacés. Cela signifiait qu'il prenait trois médicaments pour ses

douleurs, dont un très fort, le Tramal 100 mg, une à deux fois par jour. S'agissant des limitations fonctionnelles retenues par l'OAI en décembre 2016, elles ne correspondaient pas à celles qu'il avait décrites et étaient donc caduques à la suite de l'opération que le patient avait subie en février 2017. Le cas n'était toujours pas stabilisé et ce n'était donc pas le moment d'entamer une réadaptation professionnelle. Il n'était pas possible de retenir une capacité médico-théorique selon les périodes tant que l'état de santé du patient n'était pas stabilisé, car, concrètement, celui-ci ne pouvait pas entamer un travail dans de bonnes conditions. 15. Le 22 décembre 2017, l'OAI a informé la chambre de céans, sur la base d'un avis du SMR du 18 décembre 2017, que l'audition du Dr H_____ ne permettait pas de modifier son appréciation du cas. La capacité de travail du recourant était de 0% dans son activité habituelle depuis le 17 février 2015, mais de 100% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2015. Cette appréciation était d'ailleurs confirmée par le premier médecin qui avait suivi l'assuré, selon ses déclarations, à savoir le Dr J_____. Pour ce qui était des mesures d'ordre professionnel, après discussion avec le service de réadaptation, celles-ci n'avaient pas lieu d'être. Dans la mesure où le recourant disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il ne présentait pas de limitations particulières liées à son état de santé qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, une mesure d'aide au placement n'entrait pas en ligne de compte. 16. Le 8 mars 2018, l'OAI a transmis à la chambre de céans des rapports médicaux qu'il avait reçu du recourant, soit : - un rapport établi le 24 août 2017 par le Dr E_____ et le docteur K_____ relatif à une consultation du 23 août 2017 dont il ressort qu'au vu des symptômes et de la confirmation radioclinique de pseudarthrose L5-S1, il était proposé au patient de réaliser une spondylodèse L5-S1 par voie antérieure. Le patient avait accepté cette intervention chirurgicale qui devait être effectuée le 9 janvier 2018. - un compte-rendu opératoire, établi par le Dr E_____ le 23 janvier 2018 dont il ressort que l'assuré a été opéré le 9 janvier 2018 par ce dernier et le docteur M_____, médecin interne. - un rapport établi par les médecins précités le 7 février 2018, relatif à une consultation spécialisée de la scoliose de la colonne vertébrale du 29 janvier 2018, dont il ressort que l'évolution de l'état de santé du patient était favorable au niveau radiologique, mais lente au niveau clinique avec des douleurs persistantes. 17. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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. 56 ss LPGA. 4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI rejetant la demande de prestations du recourant. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre

en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 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). 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). Tant que l'état de santé de l'assuré n'est pas stabilisé, l'examen porte sur la capacité de travail dans l'activité habituelle. Il ne porte sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée qu'à partir du moment où l'état de santé est stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_881/2010 du 23 août 2011 consid. 3.2; ATAS/56/2016 du 27 janvier 2016 consid. 10). L'invalidité ne survient pas déjà lorsqu'il apparaît qu'une mesure d'ordre professionnel sera nécessaire, mais seulement lorsque l'état de santé de l'assuré rend possible une telle mesure (ATF 112 V 275 consid. 2c p. 278). Aussi longtemps que la mise en oeuvre de la mesure d'ordre professionnel est exclue en raison de l'état de santé de l'assuré, l'invalidité n'est pas (encore) survenue pour la mesure en cause (Silvia BUCHER, Eingliederungsrecht der Invalidenversicherung, 2011, nos 111 p. 71 et 586 p. 302). 6. 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 134V 231 consid.

5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125V 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. Un rapport du SMR 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/201 I 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). 7. 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). 8. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 9. En l'espèce, l'OAI a, par projet de décision du 20 décembre 2016, rejeté la demande de prestations du recourant, considérant que celui-ci avait une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée depuis le 1^{er} septembre 2015, sur la base d'un bref avis médical rendu par le SMR le 15 décembre 2106. Le SMR retenait dans cet avis que, sur plan purement médico-théorique, on pouvait considérer que six mois après l'intervention chirurgicale (du 17 février 2015), la capacité de travail de l'assuré était de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cet avis médical ne répond pas aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et ses conclusions divergent de celles des médecins traitants du recourant. En effet, le 26 février 2016, le Dr B _____ estimait que la capacité

de travail de l'assuré dans une activité adaptée était de 50% avec une aptitude à la réadaptation débutant le 31 mars 2016 et le Dr L._____ qu'il était encore prématuré de déterminer la capacité de travail résiduelle. Dans ces circonstances, l'OAI devait instruire davantage le cas. Il le devait d'autant plus qu'il a été informé, le 19 décembre 2016, du fait que le recourant allait être réopéré le 24 janvier 2017. Cette information pouvait laisser supposer que l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé. Si tel était le cas, l'OAI ne pouvait pas statuer sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée selon la jurisprudence susmentionnée. Les pièces produites par la suite ont confirmé que l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé, puisque dans leur rapport du 4 novembre 2016, les Drs E._____ et F._____ ont indiqué que l'assuré souffrait de lombalgies mécaniques, qu'ils avaient pris la décision de réaliser, dans un premier temps, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en janvier 2017 et que cette intervention pourrait être la première de trois autres, avec une possible diminution de la douleur, mais également une possible aggravation. La décision querellée du 3 février 2017 a en conséquence été prise prématurément.

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3).

En l'espèce, vu l'instruction manifestement insuffisante du cas, il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire afin, notamment, de fixer la date de stabilisation de l'état de santé du recourant, déterminer si une activité adaptée peut-être exigée de lui et, cas échéant, à quel taux et avec quel rendement.

11. Le recours est ainsi admis et la décision querellée sera annulée.

12. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant qui n'était pas représenté et n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA). L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme :

1. Déclare le recours recevable.
2. Au fond :
 3. Annule la décision sur opposition du 3 février 2017.
 4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
 5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
 6. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Catherine TAPPONNIER 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.