

## GE\_GERICHTE A/533/2018 vom 20. August 2018

GE Cour de justice, 2018-08-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_533\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_533_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/533/2018 du 20 août 2018

IT: GE\_GERICHTE A/533/2018 del 20 agosto 2018

### Erwägungen

#### E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Cointrin, représenté par APAS-Association permanence de défense des patients et assurés 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 travaillé en qualité de monteur d'échafaudages pour B\_\_\_\_\_ SA de 1987 au 31 octobre 2012, date à laquelle cette entreprise a fermé son secteur échafaudages. 2. Une IRM réalisée le 3 avril 2012 a révélé une dégénérescence discale de L1-L2, L3-L4, L5-S1 avec discarthrose sévère L4-L5 associée à des œdèmes des plateaux vertébraux et ostéophytose antérieure « en bec », un remaniement fibreux intracanalair en L1-L2 de localisation paramédiane gauche engainant en partie la racine L2 gauche avec déplacement du fourreau dural post-opératoire, une protrusion discale ostéophytair L4-L5 comblant partiellement le canal radiculaire gauche ; une arthrose interapophysaire postérieure ; des infiltrations lipidiques au sein des vertèbres, surtout à la hauteur du sacrum et des ailes iliaques, traduisant une ostéopénie; et un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène. 3. Le 1<sup>er</sup> novembre 2012, l'assuré s'est annoncé à l'assurance-chômage et un délai-cadre d'indemnisation a été ouvert en sa faveur de cette date au 31 octobre 2014. 4. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 27 mars 2013, invoquant une atteinte du dos. 5. Selon l'extrait de compte individuel AVS que l'OAI s'est procuré le 17 avril 2013, l'assuré a réalisé un revenu de CHF 78'446.- en 2010 et de CHF 80'099.- en 2011. 6. Dans un questionnaire rempli le 22 avril 2013, l'employeur a indiqué que le revenu mensuel de l'assuré était de CHF 5'866.- en 2012. 7. Dans un rapport du 22 avril 2013, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé le diagnostic de trouble discal étagé lombaire sur arthrose et hernie depuis mars 2012, avec répercussions sur la capacité de travail. Les lombalgies de l'assuré s'étaient aggravées les deux dernières années. L'incapacité de travail était totale depuis le 30 avril 2012. Un changement de profession était indiqué. L'assuré ne pouvait exercer d'activités uniquement en position assise ou debout, principalement en marchant, en se penchant, accroupi, à genoux, ou sur un échafaudage. Le port de charges était limité à 5 kilos. 8. Dans un rapport du 29 avril 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a noté que l'assuré avait subi une intervention en L1-L2. Il présentait actuellement des lombosciatalgies. Les diagnostics étaient ceux de lombosciatalgies chroniques sur dégénérescences discales L1-L3, L3-L4 et L5-S1, de discarthrose sévère L4-L5 avec bec d'ostéophytose, et de hernies L1-L2 et L4-L5. Depuis un an, la pathologie s'était aggravée et l'assuré ne pouvait plus exercer sa profession. Il était capable de faire des travaux légers. L'activité devait être exercée à 50 %. 9. Lors d'un entretien avec l'OAI

en date du 5 juin 2013, l'assuré a exposé que ses douleurs restaient présentes malgré une intervention chirurgicale subie trois ans plus tôt. Il avait à l'époque repris son travail, que son chef avait aménagé pour l'alléger. Il n'avait pas de projet professionnel mais souhaitait trouver une solution à sa situation. Il n'arrivait pas à se rendre compte de ce dont il était capable après 26 ans dans la même entreprise et la même profession. Il s'est dit favorable à la mesure d'orientation proposée à titre d'intervention précoce par l'OAI. ![endif]>![if> 10. Dans un avis du 25 juin 2013, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu que l'activité habituelle n'était plus exigible, mais que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée. ![endif]>![if> 11. L'assuré a suivi une mesure d'orientation auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 29 juillet au 25 août 2013. Dans leur rapport du 3 septembre 2013, les spécialistes des EPI ont retenu que les propositions de réadaptation en tant que concierge ou chauffeur-livreur dans un poste léger, de type pharmacie, étaient viables mais difficilement atteignables. Le succès de l'assuré dépendrait de l'aide qu'on lui fournirait. Ils ont noté qu'il avait accepté toutes les demandes et propositions d'exercices, malgré ses difficultés qui apparaissaient surtout dans les positions statiques. Les collaborateurs des EPI avaient constaté des signes de douleurs lorsqu'il n'alternait pas les positions. Sa résistance physique paraissait insuffisante pour un plein temps. Seule une formation sur le tas était accessible. ![endif]>![if> 12. Du 20 janvier au 14 mars 2014, l'assuré a suivi une formation de responsable d'immeubles prise en charge par l'Office cantonal de l'emploi, sanctionnée par une attestation.![endif]>![if> 13. Selon une note d'entretien du 9 avril 2014, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il considérait un stage de responsable d'immeuble possible malgré ses douleurs, car les tâches étaient diversifiées et il pouvait les planifier selon son état. L'OAI a noté qu'il avait de la peine à se lever et se tortillait sur sa chaise. ![endif]>![if> 14. Le 1 er juillet 2014, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assuré. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2010, TA1, Ligne Total, niveau 1, soit CHF 4'901.-). Adapté à la durée normale de travail de 41.6 heures et indexé à 2013, le revenu annuel était de CHF 62'701.- à 100 % et de CHF 56'431.- en tenant compte d'un abattement de 10 %. Le revenu sans atteinte à la santé était de CHF 76'258.- selon le questionnaire de l'employeur. La comparaison de ces revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 26 %. ![endif]>![if> 15. L'OAI a pris en charge un stage de responsable d'immeuble, qui s'est déroulé à plein temps du 1 er octobre au 30 novembre 2014. ![endif]>![if> 16. Dans une note du 2 décembre 2014, l'OAI a qualifié l'activité de responsable d'immeuble d'« apparemment adaptée », même si l'assuré disait que l'utilisation de machines pendant une longue durée générait des douleurs. Toutefois, au vu de la diversité des activités, il pensait pouvoir gérer sa problématique. ![endif]>![if> 17. Par certificat du 27 mai 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'une capacité de travail nulle du 25 mai au 30 juin 2015.![endif]>![if> 18. Selon une note de l'OAI du 11 juin 2015, l'assuré avait débuté un nouveau stage de concierge en mai 2015, qui s'était révélé inadapté en raison du port de charges trop lourdes. Il avait de plus importantes douleurs depuis quelque temps et était en incapacité de travail. L'OAI avait interrompu les mesures d'ordre professionnel.![endif]>![if> 19. Le 11 juin 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a établi un constat aux termes duquel l'assuré présentait une aggravation de son état lombaire, avec trois hernies et une importante arthrose. Il lui serait très difficile d'exercer un métier car il devait éviter le port de charges, la station debout prolongée et les positions statiques. Une rente devait être envisagée. ![endif]>![if> 20. Par courrier du 1 er

septembre 2015 au SMR, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation des lombalgies de l'assuré à la suite de son stage. Une IRM montrait un remaniement fibreux de sa hernie L1-L2 opérée avec atteinte de la racine L2 gauche et également une hernie discale L4-L5 aggravée avec un conflit L5 gauche et une arthrose lombaire. La symptomatologie de l'assuré s'aggravait en position debout et lors du port de charges. Pour toutes ces raisons, l'assuré était difficilement reclassable. [endif]>[if> 21. Le 26 février 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'une expertise médicale neurochirurgicale était nécessaire et qu'il avait mandaté le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à cet effet. [endif]>[if> 22. Les docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, médecins au Service de neurochirurgie du CHUV, ont rendu leur rapport le 17 août 2016. [endif]>[if> Après avoir décrit leurs constatations cliniques, ils ont relaté que l'assuré se plaignait de lombalgies en aggravation, présentes au repos et exacerbées par l'effort physique, avec par intermittence des lombosciatalgies gauches. Il décrivait un réveil nocturne avec des crampes musculaires et un dérouillage matinal de 30 à 60 minutes. La marche était possible à un rythme très doux. Il ne pouvait pas courir ou faire du vélo à cause des lombalgies. Il pouvait facilement descendre les escaliers mais peinait à les monter. Il avait également des omalgies avec des paresthésies gauches, surtout pendant la nuit. Il ne parvenait pas à s'occuper des tâches ménagères et ne pouvait aider sa femme et sa fille qu'en partie, ce qui le frustrait. A l'issue de l'anamnèse, les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de lombalgies chroniques et omalgies gauches, et les diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail de status post cure de hernie discale lombaire en 2012, d'hypertension artérielle traitée, d'hypercholestérolémie, de diabète de type II non-insulino-requérant traité, et d'hypertrophie de la prostate. Les experts ont noté que l'évolution ne semblait pas marquée par des facteurs non liés à la symptomatologie, l'assuré ayant un bon niveau de français et une formation actuellement adaptée. Il semblait disposé à essayer une conversion professionnelle mais décrivait une impossibilité à effectuer des travaux physiques en raison de ses douleurs, qu'il décrivait sans signe d'exagération et de manière positive. Il déclarait que le caractère invalidant de ses douleurs était une grande épreuve et une source de tristesse, sinon de dépression. L'assuré était limité dans la réadaptation par la douleur. Les experts ont relevé que l'assuré avait un bon niveau d'activité avant l'apparition de la hernie discale. Depuis cette atteinte et l'intervention, cette activité ne semblait plus possible à cause des douleurs. Un nouveau bilan radiologique avait été réalisé. L'IRM ne révélait pas de signe de récurrence herniaire en L1-L2, une résorption de la protrusion discale récessale L4 gauche et une résorption partielle de la protrusion discale médiane dirigée vers le bas, à la même hauteur, sans répercussion récessale ou foraminale. Les radiographies de l'épaule ne mettaient pas en évidence de lésion focale ou de trouble dégénératif. A la question « Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts », les médecins ont répondu « Selon nous, il n'y a pas d'interactions entre les diagnostics. Mises à part des lombalgies post opératoires après cure de hernie discale qui sont décrites dans la littérature. Selon différents auteurs, le taux de douleurs postopératoires peut varier entre 50 et 70 % des patients opérés aux niveaux du rachis ». Les experts ont précisé qu'une prise en charge multidisciplinaire et multimodale par une équipe spécialisée était possible. Une prise en charge par une équipe au centre d'antalgie pourrait également être efficace pour décider des différents traitements antalgiques et de l'ajout d'un dérivé morphinique, et éventuellement d'infiltrations principalement facettaires. A la question

« Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré ? », la réponse des experts était « Nous ne pouvons pas mettre un taux à telle activité, mais nous pensons qu'il devrait pouvoir travailler à temps partiel dans une activité adaptée ». A la question « Quelles sont les incapacités de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée médicalement justifiées, à quel taux (sur un 100 %) et depuis quand ? », la réponse des experts était « Nous ne pouvons pas mettre un taux à telle activité, mais nous pensons qu'il devrait pouvoir travailler à temps partiel dans une activité adaptée. Il faudrait réévaluer après une approche multimodale pour avoir une réponse plus précise ». A la question « Quelles sont les limitations fonctionnelles ? », les experts ont répondu qu'ils n'avaient pas évalué les capacités fonctionnelles de l'assuré, mais pensaient pouvoir théoriquement prendre en considération le résultat du rapport SMR de juin 2013. 23. Dans son avis du 1<sup>er</sup> novembre 2016, la doctoresse G\_\_\_\_\_, médecin au SMR, s'est déterminée sur l'expertise. S'agissant des douleurs de l'épaule gauche, elle a exclu toute limitation fonctionnelle en l'absence de restriction de l'amplitude articulaire et de substrat anatomique. Elle a relevé que les experts ne se prononçaient pas sur le taux d'activité envisageable. Elle notait toutefois que lors de la réadaptation, le premier stage s'était bien déroulé. Le second, plus lourd et moins adapté, avait entraîné l'exacerbation des douleurs avec une incapacité de travail dès le 25 mai 2015. Ainsi, sur la base de l'expertise, le SMR concluait à l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis son rapport du 25 juin 2013. L'assuré était principalement limité par des douleurs qui pouvaient être améliorées par une adaptation du traitement antalgique, ce qui lui permettrait de récupérer une capacité de travail entière dans une activité strictement adaptée. Ainsi, sur le plan médico-théorique, il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité totalement adaptée. 24. L'OAI a eu un entretien avec l'assuré le 25 janvier 2017. Ce dernier a déclaré au sujet de sa reconversion en tant que concierge qu'il avait « donné le maximum » malgré ses douleurs mais que cela s'était avéré difficile sur la durée. 25. Le 13 février 2017, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il prenait en charge une mesure d'orientation professionnelle qui se déroulerait aux EPI du 20 février au 21 mai 2017. 26. Dans une note du 5 avril 2017, l'OAI a noté que l'assuré avait manifesté de l'intérêt et été très volontaire durant toute la mesure. Toutefois, au vu de ses difficultés à maintenir la position assise, même une activité dans l'industrie légère simple et répétitive n'est pas possible. Ainsi, l'OAI mettait un terme à la mesure au 9 avril 2017. 27. Dans leur rapport du 9 mai 2017, les EPI ont insisté sur l'effort fourni par l'assuré et sur sa collaboration. Ils ont noté que la position de travail debout n'était pas maintenue durablement, notamment lorsque l'activité nécessitait des opérations avec les bras en élévation. La position assise était privilégiée mais des alternances de position étaient régulièrement observées. L'assuré était constamment en mouvement sur sa chaise et se levait toutes les 30 ou 40 minutes pour marcher, ce qui engendrait des interruptions régulières dans ses activités. La gestuelle des membres supérieurs était limitée par le fait que l'assuré ne pouvait pas travailler avec les bras en élévation. La résistance, qui dépendait des efforts physiques et des mouvements exigés par les activités, variait considérablement et empêchait une constance dans le rythme de travail, déjà inférieur à celui attendu. L'ensemble des limitations observées ne permettaient pas de reprendre l'activité de responsable d'immeubles. Ces limitations, ajoutées à des capacités d'apprentissage très peu développées et une maîtrise du français de base uniquement à l'oral, restaient insuffisantes pour permettre à l'assuré de réintégrer le premier marché de l'emploi, quel que soit l'environnement professionnel. La gestuelle fine

n'était pas assez développée pour maintenir une certaine constance dans la précision de ses activités. Le rythme de travail et les temps de réalisation observés étaient en général inférieurs à ce qui était attendu, en raison des limitations fonctionnelles liées aux atteintes de l'assuré, au manque de polyvalence ainsi qu'à un faible niveau de connaissances techniques et théoriques. A cela s'ajoutait une maîtrise insuffisante de la langue, qui ne lui permettait pas de lire et de comprendre les instructions de travail ou les énoncés de certains exercices, et le fait qu'il se laissait facilement distraire ou absorber dans des discussions. L'assuré était ponctuel et respectueux des règles et de ses interlocuteurs. Il s'était montré prêt à collaborer et à aider ses voisins. Malgré ses limitations physiques, il était attentif et soucieux de faire de son mieux. Il restait impliqué dans les exercices en dépit de ses douleurs dorsales. Il avait tenu compte des remarques pour améliorer sa présentation. Il s'impliquait dans la recherche d'une nouvelle orientation tout en étant conscient des difficultés liées à ses limitations physiques. L'adaptation à la nouveauté était difficile, l'assuré n'étant pas polyvalent et n'ayant pas de formation de base. L'évaluation avait conduit à exclure la reprise d'une activité en tant que responsable de bâtiments, qui exigerait un travail physique de nettoyage des bâtiments et des alentours, l'utilisation d'échelles, des aptitudes pour les travaux d'urgence, des interventions avec les bras en élévation ainsi que des prises d'initiatives. Les spécialistes des EPI ont encore noté s'agissant d'une réinsertion dans le domaine primaire que l'essentiel des emplois sans qualification exigeait une excellente condition physique, le port de charges et une bonne mobilité des membres supérieurs. Les limitations de l'assuré ne lui permettaient pas d'accéder à ce type d'emploi. Dans le domaine secondaire, les activités manuelles, même pour des tâches simples, légères et répétitives, ne lui étaient pas accessibles car il ne pouvait tenir les positions, travailler avec les bras en élévation ou avec une gestuelle ample. Les métiers du domaine tertiaire, soit du domaine administratif, requéraient un niveau de formation minimal et des connaissances avancées de la langue française et des outils informatiques. Les métiers dans les services et dans la vente exigeaient une excellente condition physique ainsi qu'une grande aisance relationnelle. L'assuré ne pouvait envisager un tel poste. 28. Le 9 octobre 2017, l'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme selon l'ESS (ESS 2014, TA1, niveau 1, soit CHF 5'312.-). Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures et indexé à 2015, le revenu annuel était de CHF 66'633.- à 100 % et de CHF 53'306.- en tenant compte d'une réduction statistique de 20 % au vu de l'âge, des limitations fonctionnelles et des années de service auprès du même employeur. Le revenu sans atteinte à la santé était de CHF 82'128.-, ce qui correspondait au salaire annuel de CHF 80'099.- en 2011. La comparaison de ces revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 35.1 %. 29. Le 13 novembre 2017, l'OAI a adressé un projet de décision niant le droit aux prestations de l'assuré. Il a retenu que le taux d'invalidité de 35 % n'ouvrait pas le droit à une rente et que des mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires. 30. Par décision du 8 janvier 2018, l'OAI a repris les termes de son projet. 31. Par écriture du 12 février 2018, l'assuré a interjeté recours contre la décision litigieuse. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à son audition, à ce que l'intimé soit condamné à motiver le calcul du degré d'invalidité dans sa décision du 8 janvier 2018, à ce qu'une expertise judiciaire psychiatrique, rhumatologique et neurochirurgicale soit ordonnée, et au fond à l'annulation de la décision et à ce que son droit à toutes les prestations de l'assurance-invalidité, et notamment à une rente entière, soit constaté. Le recourant a soutenu que le

SMR s'était écarté des conclusions de l'expertise réalisée au CHUV en admettant que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée. Or, les neurochirurgiens du CHUV avaient retenu que la capacité de travail devait être réévaluée à l'issue d'une prise en charge multimodale. Le SMR avait en outre fait fi de l'aggravation des douleurs déclenchée par le stage de mai 2015 et constatée par le Dr C\_\_\_\_\_. Le rapport des EPI n'avait pas non plus été pris en compte par l'intimé, qui aurait à tout le moins dû le soumettre au SMR. En tout état de cause, la mise en valeur d'une capacité de travail résiduelle n'était pas exigible du recourant, car elle était illusoire au vu de ses limitations fonctionnelles. Cela justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En outre, l'expertise n'avait pas investigué les atteintes à la santé psychique. Enfin, le calcul d'invalidité était erroné. Le revenu sans invalidité ne tenait pas compte des nombreuses heures supplémentaires réalisées, qui avaient porté son revenu à CHF 80'099.- en 2011. On pouvait considérer qu'il aurait réalisé des heures supplémentaires en 2012 également sans problèmes de santé. S'agissant du revenu avec invalidité, l'intimé ne pouvait exclure une baisse de rendement, notamment eu égard à la nécessité de changer fréquemment de position et à sa faible endurance. Au vu des différents critères, le taux d'abattement devait être de 20 % au moins. 32. Dans sa réponse du 16 mars 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que le rapport des EPI ne pouvait supplanter les constatations médicales. Les EPI avaient en outre tenu compte de limitations aux membres supérieurs, pourtant écartées par les experts en raison de l'absence d'anomalie à l'épaule gauche. Les rapports médicaux au dossier n'établissaient aucun lien entre les douleurs alléguées et une affection d'origine somatique. La mise en valeur d'une capacité de travail complète était ainsi exigible. S'agissant de l'aspect psychique, aucun élément n'indiquait l'existence de troubles de cette nature. Pour le calcul du degré d'invalidité, l'intimé avait actualisé à 2015 le revenu de CHF 80'099.- réalisé en 2011 selon son employeur. L'abattement de 20 % était également conforme au droit. Le recourant pouvait en outre exercer sans restriction une activité légère d'épargne du rachis lombaire, telle qu'une activité de surveillance ou de contrôle et dans l'industrie légère. 33. Par réplique du 23 avril 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a souligné l'importance des rapports d'observation professionnelle. En outre, le SMR fondait ses conclusions sur le rapport des experts du CHUV, alors que ces derniers considéraient clairement que seule une activité à temps partiel pouvait être envisagée. Ces derniers avaient du reste posé un diagnostic d'omalgies, qui concernait les membres supérieurs. Le recourant a ajouté qu'il était proche de l'âge de la retraite, ce qui rendait une réinsertion difficile. S'agissant du volet psychique, il avait évoqué les conséquences de ses douleurs sur son moral aux experts. Il a affirmé qu'une baisse de rendement d'au moins 50 % devait être prise en compte, et que le revenu statistique après invalidité ne correspondait à aucune activité précise. Or, ce revenu devait varier selon l'activité adaptée et ce point devait être clarifié. 34. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 24 avril 2018. 35. 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. La LPGA, entrée en force le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3. Le recours, déposé dans les délai

et forme prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA). Sur le fond, le recourant a certes conclu à la constatation de son droit aux prestations, plutôt qu'à leur octroi. Or, de telles conclusions sont subsidiaires par rapport à une action condamnatoire (ATF 129 V 289 consid. 2.1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2). Il y a toutefois lieu d'interpréter ces conclusions en ce sens que le recourant entend voir l'intimé condamné à lui allouer des prestations d'invalidité, de sorte que ses conclusions sont recevables.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.

5. Selon l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1 bis LAI en vigueur dès le 1 er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

7. a) Pour trancher le droit aux prestations d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage

(arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).! [endif]>![if> b) 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 convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 8. L'intimé a fondé son calcul d'invalidité sur une capacité de travail complète dans une activité adaptée.! [endif]>![if> Il convient ainsi d'examiner si les rapports médicaux versés au dossier ont établi de manière probante que le recourant était apte à travailler à temps complet dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles. On notera d'abord s'agissant du Dr C \_\_\_\_\_ que ce dernier a retenu une capacité de travail de 50 %, dans son rapport du 29 avril 2013, et qu'il ne s'est pas expressément déterminé sur la capacité de travail du recourant dans ses autres rapports. Cela étant, au plan formel, les documents émanant de ce praticien ne contiennent pas tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le SMR s'est quant à lui écarté de l'appréciation du Dr C \_\_\_\_\_ en admettant une pleine capacité de travail, sans toutefois motiver sa

conclusion. C'est ici le lieu de rappeler que les rapports du SMR ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (ATF 142 V 58 consid. 5.1). Ces rapports ne sont certes pas dénués de toute valeur probante et il est admissible de se fonder 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Ainsi, les avis du SMR dans la présente procédure ne sont à l'évidence pas suffisants pour trancher la question de la capacité de travail médico-théorique du recourant. Quant à l'expertise réalisée par les spécialistes en neurochirurgie du CHUV, elle comprend certes une anamnèse, un status et énumère les plaintes du recourant. Cela étant, elle ne répond pas aux questions d'ordre médical qu'elle était censée clarifier, puisque les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ n'ont pas articulé de capacité de travail de manière précise – tout en indiquant néanmoins qu'une activité à temps partiel semblait possible – ni formellement établi de limitations fonctionnelles. Sur ce dernier point, ils se sont en effet référés au rapport du SMR de juin 2013, en soulignant toutefois qu'il s'agissait d'une évaluation uniquement théorique. Pour le surplus, les réponses des experts sont peu claires. Au vu de ces lacunes, l'expertise du 17 août 2016 ne permet en aucun cas de conclure à une capacité de travail complète du recourant, même dans une activité adaptée. Par surabondance, il convient de souligner que cette expertise a été mise en œuvre sans que l'intimé ait invité le recourant à se prononcer sur les experts désignés et sur les questions à leur soumettre, ce qui relève d'une violation du droit d'être entendu (sur les exigences en matière de mise en œuvre d'expertises administratives, cf. ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Or, le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle, ancrée à l'art. 29 de la Constitution (Cst – RS 101). Elle est de caractère formel, et sa violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3). Il convient ainsi de renvoyer la cause à l'intimé, à charge pour ce dernier de mettre en œuvre une nouvelle expertise neurochirurgicale dans le respect des exigences légales et jurisprudentielles. Dans ce cadre, il conviendra notamment d'inviter l'expert à se déterminer sur les constatations des EPI. Le recourant a conclu à son audition et à une expertise comprenant des volets rhumatologique et psychique. Dès lors que son atteinte est essentiellement de nature neurochirurgicale et qu'aucun médecin n'a en particulier signalé de symptôme évoquant une problématique psychique pathologique, de telles mesures d'instruction n'ont pas à être mises en œuvre. En outre, eu égard au renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire, l'audition du recourant s'avère inutile. La décision que l'intimé devra rendre une fois les conclusions de la nouvelle expertise connues devra également statuer sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel, étant souligné que la motivation de la décision litigieuse sur ce point est pour le moins lacunaire. De plus, de telles mesures, et notamment une aide au placement, pourraient entrer en ligne de compte si

l'expert neurochirurgical devait conclure à une capacité de gain résiduelle du recourant.

9. Le recours est partiellement admis. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPG). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1 bis LAI). 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.