

GE_GERICHTE A/975/2016 vom 3. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_975_2016

FR: GE_GERICHTE A/975/2016 du 3 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/975/2016 del 3 novembre 2016

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au Grand-Saconnex recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), originaire du Kosovo et né le _____ 1979, est titulaire d'un diplôme de juriste délivré par l'université de Pristina (Kosovo). Arrivé en Suisse en 2007, marié et père de trois enfants, nés en 2008, 2009 et 2013, l'assuré a exercé diverses activités, notamment dans le nettoyage et sur les chantiers avant d'être engagé dès le 5 janvier 2011 en temporaire puis dès le 15 octobre 2012 en fixe, en qualité de fondeur pour l'entreprise B_____ SA. Son contrat de travail a été résilié avec effet au 30 novembre 2014.![endif]>![if> 2. L'assuré est en incapacité de travail depuis le 5 février 2014 en raison de lombalgies.![endif]>![if> 3. Les suites de cette maladie ont été prises en charges par la Zurich Compagnie d'assurance SA (ci-après : l'assureur-maladie).![endif]>![if> 4. Le 6 octobre 2014, l'assuré a déposé, auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI), une demande de prestations en raison d'une atteinte au dos et à la jambe droite.![endif]>![if> 5. Selon le rapport de la doctoresse C_____ BA, médecin interne au service de rhumatologie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), l'assuré souffrait d'une lombosciatalgie droite de type MODIC 1 depuis le mois de février 2014. Parfois, l'assuré ressentait des crampes dans la jambe droite. Le médecin précité n'avait toutefois vu l'assuré qu'à deux reprises, les 3 et 23 septembre 2014, alors que celui-ci n'avait pas encore commencé la physiothérapie. Son état de santé était alors stable et aucune amélioration n'avait été constatée. Le médecin traitant avait attesté d'une capacité de travail nulle depuis le 9 avril 2014. La capacité de travail dans l'activité habituelle et les limitations fonctionnelles devaient être réévaluées une fois l'état de santé stabilisé et le traitement débuté. Lors de la rédaction du rapport précité, l'assuré ne pouvait pas exercer des activités uniquement en position assise ou debout ni celles nécessitant la marche en terrain irrégulier ou le fait de se pencher, la position accroupie, à genou, la rotation en position assise / en position debout, le port ou le soulèvement de charges quelles qu'elles soient, que ce soit près ou loin du corps, la montée sur une échelle. En revanche, il était en mesure d'exercer des activités dans différentes positions à 50%, de travailler avec les bras au-dessus de la tête pendant 70% de son temps ou encore monter des escaliers pendant 30% de son temps. Enfin, les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance n'étaient pas limitées.![endif]>![if> 6. Selon le rapport du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, du 28 octobre 2014, l'assuré souffrait, depuis le mois de février 2014, d'une discopathie L4-L5 sévère avec des signes inflammatoires de type modic I ainsi que d'une discopathie modérée en L5-S1, lesquelles entraînaient des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré se plaignait de douleurs lombaires irradiant dans le membre inférieur droit ainsi que de douleurs lombaires basses, en barre, beaucoup plus

importantes la nuit. Les positions assises prolongées étaient difficiles et la marche était limitée par une boiterie antalgique du membre inférieur droit. L'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de fondeur en raison des douleurs de type lombo-sciatalgies droites, associées à de la raideur lombaire, lesquelles rendaient le port de charges lourdes et le changement de position très difficiles. En revanche, dans une activité administrative, dont la nature devait être affinée dans un atelier préprofessionnel, une capacité de travail résiduelle de 50% existait.![endif]>![if> 7. Le Dr D_____ a rappelé les diagnostics déjà posés, les plaintes de l'assuré ainsi que la capacité de travail résiduelle par rapports des 18 août et 30 décembre 2014 ainsi que du 26 février 2015, précisant que lesdits troubles pouvaient être objectivés. Les positions prolongées, assise et debout, étaient difficiles et la marche était limitée par une boiterie antalgique du membre inférieur droit.![endif]>![if> 8. Par courrier du 15 janvier 2015, l'assureur-maladie a informé l'assuré que tant son médecin-conseil que le Dr D_____ étaient d'avis qu'il était capable de travailler à 50% dans une activité adaptée. Par conséquent, afin qu'il puisse entreprendre les démarches nécessaires pour trouver une activité adaptée, les indemnités journalières à 100% lui seraient versées jusqu'à 30 avril 2015. Si au 1^{er} mai 2015, il n'avait pas encore trouvé d'activité adaptée, il lui appartenait de s'inscrire auprès de l'office cantonal de l'emploi (OCE).![endif]>![if> 9. Les pièces médicales précitées ont été soumises au SMR qui a considéré, dans son avis du 20 mars 2015, sous la plume de la doctoresse E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, que l'assuré était apte à la réadaptation depuis le 18 août 2014 dans une activité adaptée à 50% respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de position debout prolongée ou de position en porte-à-faux, pas de montée ou descente des escaliers, pas de rotation de la colonne vertébrale à répétition.![endif]>![if> 10. L'assuré n'ayant pas pu reprendre une activité à 50% dès le 1^{er} mai 2015 en raison de la persistance de la lombosciatalgie postérieure droite l'empêchant de travailler, l'assureur-maladie a mandaté le docteur F_____, spécialiste FMH en orthopédie, pour expertise. Après avoir décrit l'anamnèse et les pièces du dossier et résumé les plaintes de l'assuré et les constatations cliniques, le Dr F_____ a retenu, dans son rapport du 27 juillet 2015, les diagnostics de discopathie sévère L4-L5 et discopathies L5-S1 avec retentissement de type sciatique dans le membre inférieur droit. En raison de ces atteintes, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de fondeur. En revanche, elle était entière dans une activité adaptée ne demandant pas d'effort physique ni les positions assise ou debout en permanence, telles que des activités en laboratoire, dans une librairie, une bibliothèque ou éventuellement à la réception dans une banque ou un hôtel, voire même un stage dans une étude d'avocats. Cependant, toutes ces activités requéraient la maîtrise du français, ce qui n'était pas le cas de l'assuré. Compte tenu de ces constatations, le Dr F_____ avait encouragé l'assuré à entreprendre les démarches nécessaires auprès d'une assistante sociale de la commune, susceptible d'influencer l'assurance-invalidité à mettre sur pieds une réadaptation.![endif]>![if> 11. Se fondant sur le rapport d'expertise précité, l'assureur-maladie a prolongé, par courrier du 31 juillet 2015, le délai de réadaptation, le fixant au 30 novembre 2015. Si l'assuré n'avait pas repris une activité professionnelle le 1^{er} novembre 2015, il devait s'adresser à l'OCE.![endif]>![if> 12. A l'initiative de l'OCE, une mesure sous la forme d'un stage évaluation métier a eu lieu aux établissements publics pour l'intégration (EPI) du 21 septembre au 16 octobre 2015. Ce stage, qui a été suivi jusqu'à son terme, avec trois jours d'absence pour cause de maladie, s'est déroulé à l'atelier déconstruction. Selon le bilan établi le 19 octobre 2015, les déplacements à pied étaient

limités à de courts trajets (maximum 15 minutes de marche), des durées plus importantes entraînant selon l'assuré des risques de blocage de la jambe. En atelier, la démarche était lente et parfois difficile. Le port de charge était exclu. Les positions de travail étaient difficilement maintenues, des alternances régulières étant nécessaires avec une adaptation en hauteur (permettant une alternance assis-debout plus aisée). Les positions statiques prolongées étaient mal tolérées. L'assuré se levait péniblement de sa chaise lors des changements de positions. Il travaillait avec un rythme de travail relativement faible, en raison de l'incapacité à maintenir la position de travail et d'assurer une certaine continuité (pauses, coupures et recherches de positions antalgiques, lesquelles devenaient plus fréquentes au cours de la matinée). Dans le cadre du travail en atelier protégé (marché secondaire de l'emploi), l'assuré avait fourni un travail d'environ 30 à 40%. Dans une activité sérielle chronométrée, les maîtres professionnels des EPI avaient mesuré un rendement de 58% environ (sur un mi-temps), ce qui correspondait à des résultats largement au-dessous de la norme. La qualité du travail était toutefois assez bonne (maîtrise, coordination et précision). L'assuré était capable d'assimiler plusieurs consignes simples en même temps. Toutefois, malgré une formation au niveau tertiaire au Kosovo, il présentait des lacunes en mathématiques assez importantes. Le raisonnement logique était également très limité avec des difficultés à déterminer des suites logiques. L'esprit d'équipe et l'entente avec la hiérarchie étaient excellents. L'assuré peinait toutefois à comprendre des énoncés en français. La compréhension d'un texte, même simple, n'était pas acquise. Il s'exprimait en français avec fluidité et comprenait également facilement. En conclusion, les faibles rendements produits et les diverses limitations et difficultés décrites démontraient que l'assuré était éloigné du marché du travail et une collaboration avec l'assurance-invalidité était souhaitable. Un cours de français serait une démarche utile en vue de la réinsertion future mais l'assuré ne se sentait pas en mesure de suivre un cours trop intensif, ce qui avait pour corollaire un risque d'absentéisme élevé.

13. Le 19 novembre 2015, le gestionnaire en charge du dossier du recourant a soumis au SMR le rapport du Dr F_____ du 27 juillet 2015 ainsi que le bilan des EPI du 19 octobre 2015, lui demandant notamment de se prononcer sur la justification médicale du rendement de 58% sur un mi-temps.

14. Le même jour, le SMR, sous la plume de la doctoresse G_____, spécialiste FMH en pédiatrie, a considéré, après avoir brièvement résumé les conclusions du Dr F_____ et celles du rapport des EPI, que l'assuré était en incapacité totale de travailler dans l'activité habituelle depuis le 17 avril 2014, à 50% dans une activité adaptée au 18 août 2014 et capable de travailler à 100% dans une activité adaptée au 7 juillet 2015, ladite activité devant respecter les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de mouvements en porte-à-faux du rachis lombaire et alternance des positions.

15. Le 22 décembre 2015, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité, lequel a été arrêté à 8% après prise en considération, notamment, d'une diminution de rendement de 15%.

16. Le 18 janvier 2016, l'OAI a soumis à l'assuré un projet de décision dont il ressort qu'à la fin du délai de carence d'un an, en avril 2015, il était au bénéfice de mesures de réadaptation. Le cas d'assurance était ainsi réputé ne pas être survenu pendant lesdites mesures. A cela s'ajoutait le fait que le SMR avait estimé sa capacité de travail entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles depuis le mois de juillet 2015. Le taux d'invalidité de 8% ne lui donnait ainsi pas droit à une rente. Par ailleurs, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

17. Le 24 février 2016, l'assuré s'est opposé au projet de décision précité, relevant qu'une atteinte au genou, nécessitant une intervention chirurgicale durant

le mois de mars, s'ajoutait à son problème de santé initial. 18. L'assuré a encore complété son « opposition » par courrier du 28 février 2016, reçu par l'OAI le 2 mars 2016, expliquant qu'il souffrait de crises ponctuelles de douleur au genou droit, d'une durée variable mais devenant de plus en plus longue et extrêmement douloureuse. Cette douleur se déclenchait sur la base charnue du genou et provoquait une paralysie de toute la jambe droite, ce qui l'empêchait de reprendre son travail. Cela entraînait également une perte de force de cette jambe, laquelle était particulièrement gênante et paralysante.

En annexe figuraient plusieurs pièces, dont notamment les suivantes : - Le duplicata du compte-rendu de radiologie relatif à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) des articulations sacro-iliaques du 10 octobre 2014, faisant état d'une anomalie de signal sous-chondrale du pied de l'articulation sacro-iliaque droite sur la berge iliaque de façon très focale associée à une petite érosion. Lesdits remaniements étaient légers mais compatibles avec une sacro-iliite débutante. A cela s'ajoutaient de légers remaniements dégénératifs sacro-iliaques antérieurs des deux côtés ainsi qu'une discopathie érosive L4-L5 marquée, faisant évoquer une discopathie sur rhumatisme axial.

- Le compte-rendu de l'IRM du genou droit du 6 février 2016, mettant en évidence une ancienne fracture-impaction inférieure du condyle fémoral latéral avec une déformation concave probablement secondaire à une ancienne décompensation mécanique de ce condyle liée à une lésion sévère du ménisque latéral, lequel était pratiquement complètement luxé médialement, plusieurs fissurations cartilagineuses profondes inférieures du condyle fémoral latéral sans défaut du cartilage, une discrète chondropathie du condyle fémoral médial et de la gorge de la trochlée fémorale ainsi qu'un épanchement intra-articulaire modéré.

19. Par décision du 1^{er} mars 2016, l'OAI a refusé toute mesure d'ordre professionnel et a nié le droit à la rente en raison du taux d'invalidité de 8% insuffisant.

20. Le 3 mars 2016, l'OAI a accusé réception du complément d'« opposition » du 28 février 2016. Dans la mesure où une décision avait été notifiée le 1^{er} mars 2016, il appartenait à l'assuré de former un recours auprès de la chambre de créances.

21. Par acte du 28 mars 2016, l'assuré (ci-après : le recourant) a interjeté recours contre la décision du 1^{er} mars 2016 susmentionnée, en reprenant les arguments invoqués dans son courrier du 28 février 2016, précisant en outre que ses médecins lui avaient confirmé que les chances d'amélioration étaient inexistantes.

En annexe au recours figuraient, outre le bilan relatif au stage évaluation métier au sein des EPI du 19 octobre 2015 et les IRM lombaire et du genou droit, des 10 octobre 2014 et 6 février 2016 susmentionnés, les pièces suivantes : - Le compte-rendu de l'IRM lombaire pratiquée le 30 mars 2016, faisant état d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 à prédominance L4-L5, d'une diminution du disque intervertébral L4-L5, d'un remodelage inflammatoire oedémateux de type Modic I au niveau des plateaux inférieur L4 et supérieur L5, une minime protrusion discale circonférencielle avec aplatissement du sac dural antérieur modéré, l'absence de conflit disco-radiculaire au niveau L4-L5 ou L5-S1, une discopathie modérée au niveau L5-S1 sans modification inflammatoire des plateaux vertébraux ainsi qu'une minime arthrose facettaire à prédominance L3-L4.

- Le compte-rendu opératoire du 14 mars 2016 relatif à l'arthroscopie du 11 mars 2016, au cours de laquelle les diagnostics d'ancienne lésion du ménisque externe en anse de seau, d'instabilité du ménisque interne et la pars intermédiaire et de lésion chondrale de grade III du condyle fémoral externe sur environ un sur deux cm², ont été posés.

- Un certificat du Dr D_____ du 4 avril 2016, dans lequel ce médecin a rappelé le diagnostic de discopathie sévère L4-L5 avec

discopathie modérée L5-S1 ainsi que de status post-chirurgie des deux ménisques du genou droit en mars 2016. L'activité de fondeur n'était plus exigible. Il était impératif que l'assurance-invalidité prévoie une reconversion professionnelle.![endif]>![if> 22. L'OAI a répondu par écriture du 20 avril 2016, considérant, en se fondant sur l'avis du SMR du 14 avril 2016, joint à la réponse, que les nouveaux éléments produits par le recourant ne faisaient que confirmer une capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà évoquées, à savoir une activité essentiellement sédentaire. L'incapacité de travail consécutive à l'intervention du mois de mars 2016 ne courait que du 11 mars au 30 avril 2016 et n'était dès lors pas durable. Enfin, l'intimé a rappelé que les simples plaintes subjectives ne suffisaient pas pour justifier une invalidité entière ou partielle.![endif]>![if> 23. Le 11 mai 2016, le recourant a précisé qu'il était incapable de travailler, même à temps partiel, en raison de nombreuses séquelles dont il souffrait. La plupart des actes quotidiens lui étaient douloureux, voire même impossibles à exécuter sans aide. Il marchait très difficilement et une position stationnaire, assis ou debout, lui était pénible dès qu'elle dépassait 10 minutes.![endif]>![if> En annexe à ce courrier figuraient deux certificats d'incapacité de travail. 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante des rapports du Dr F_____ et du SMR ainsi que sur celle du bilan des EPI.![endif]>![if> 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).![endif]>![if> 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.![endif]>![if> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui

après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).>[if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b. 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. b/aa. 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/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales

contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). b/dd. 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). 8. a. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). b. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus

objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; arrêt du Tribunal fédéral 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

9. a. 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).

b. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1).

10. En l'espèce, l'intimé disposait notamment au dossier du rapport du Dr F_____ du 27 juillet 2015, des avis du SMR des 20 mars 2015 et 19 novembre 2015 ainsi que du bilan des EPI. Se fondant entre autres sur ces pièces, il a retenu que le recourant était totalement capable de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de

15%. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante des documents précités.!

a/aa. A titre liminaire, il convient de rappeler que le Dr F_____ a été mandaté par l'assureur perte de gain en cas de maladie du recourant. Dans la mesure où les conditions de mise en œuvre de ce mandat ne sont pas connues, on ne peut considérer que le Dr F_____ a procédé à la réalisation d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA et de la jurisprudence y relative. Il convient ainsi d'examiner sa valeur probante au regard des critères généralement applicables en la matière. Force est ainsi de constater que le rapport du médecin précité répond à la plupart des réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux et se fonde sur des examens complets. Il prend en considération les plaintes exprimées par le recourant et est établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les conclusions du rapport du Dr F_____ sont toutefois en contradiction avec les avis du SMR s'agissant des limitations fonctionnelles et avec le bilan des EPI en ce qui concerne la diminution de rendement. En effet, pour le Dr F_____, le recourant est totalement capable de travailler dans une activité n'exigeant pas d'effort physique ni la position assise ou debout en permanence, telles que des activités en laboratoire, dans une librairie, une bibliothèque ou éventuellement à la réception dans une banque ou un hôtel, voire même un stage dans une étude d'avocats, étant toutefois précisé que toutes ces activités requéraient la maîtrise du français, ce qui n'était pas le cas de l'assuré. Ces limitations fonctionnelles ne correspondent toutefois pas à celles plus importantes retenues par le SMR dans les avis suivants :

- Dans son avis du 20 mars 2015, le SMR a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de position debout prolongée ou de position en porte-à-faux, pas de montée ou descente des escaliers, pas de rotation de la colonne vertébrale à répétition.
- Le 19 novembre 2015, le SMR a mentionné, à titre de limitations fonctionnelles, les mouvements en porte à faux du rachis lombaire, le port de charges supérieures à 10 kg et l'alternance des positions.

Dans la mesure où le SMR a notamment pour but de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré et qu'il a modifié les conclusions du Dr F_____ en ce qui concerne les limitations fonctionnelles, le rapport du 27 juillet 2015 de ce dernier médecin ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante.

a/bb. Par ailleurs, il ressort des considérations qui précèdent que les conclusions du SMR relatives aux limitations fonctionnelles ne sont pas identiques selon le rédacteur, la Dresse E_____ retenant des limitations plus importantes dans son avis du 20 mars 2015 que la Dresse H_____ dans son avis du 19 novembre 2015. Dans de telles circonstances, la chambre de céans ne peut pas non plus prendre en considération les avis du SMR pour déterminer l'activité adaptée, la capacité de travail et le rendement attendu du recourant.

a/cc. A cela s'ajoute le fait qu'une IRM du genou droit de l'assuré, effectuée le 6 février 2016, a mis en évidence diverses atteintes au genou. A noter que dans ses remarques du 24 février 2016 relatives au projet de décision du 18 janvier 2016, le recourant a mentionné cette atteinte, laquelle nécessitait une intervention chirurgicale au mois de mars. Or, l'intimé n'a procédé à aucune instruction complémentaire avant de rendre la décision querellée le 1^{er} mars 2016. Si tel avait été le cas, l'OAI aurait appris que le 11 mars 2016, l'assuré a bénéficié d'une arthroscopie du genou droit, au cours de laquelle les diagnostics suivants ont été posés : ancienne lésion du ménisque externe en anse de seau, instabilité du ménisque interne de la pars intermédiaire et lésion chondrale de grade III du condyle fémoral externe sur environ un sur deux cm². Certes, cette intervention est postérieure à la décision querellée et l'on pourrait être tenté d'appliquer la

jurisprudence constante du Tribunal fédéral selon laquelle 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, devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Cependant, dans la mesure où l'atteinte au genou droit a été portée à la connaissance de l'intimé avant que celui-ci ne rende la décision litigieuse, il convient de prendre en considération l'arthroscopie précitée conformément à la jurisprudence fédérale qui veut que les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en compte lorsqu'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). C'est d'ailleurs également l'avis de l'intimé dès lors que celui-ci a soumis ces pièces à son SMR qui s'est prononcé, sous la plume du Dr I_____, par avis du 14 avril 2016. Pour ce médecin, l'IRM du genou droit du 6 février 2016 ne montrait que des séquelles d'une atteinte ancienne du ménisque latéral justifiant les limitations fonctionnelles déjà retenues d'épargne du membre supérieur droit à savoir une activité essentiellement sédentaire. La chambre de céans constate toutefois que cette limitation fonctionnelle est en contradiction avec celles retenues par le Dr F_____, telles que complétées par le SMR, à savoir l'alternance des positions, une activité stationnaire en permanence assis ou debout n'étant pas envisageable. b/aa. Comme indiqué précédemment, à l'initiative de l'OCE, une mesure sous la forme d'un stage évaluation métier, à l'atelier déconstruction, a eu lieu aux EPI du 21 septembre au 16 octobre 2015. Selon le bilan établi le 27 octobre 2015, les déplacements à pied étaient limités à de courts trajets (maximum 15 minutes de marche), des durées plus importantes entraînant selon l'assuré des risques de blocage de la jambe. En atelier, la démarche était lente et parfois difficile. Le port de charge était exclu. Les positions de travail étaient difficilement maintenues, des alternances régulières étant nécessaires avec une adaptation en hauteur (permettant une alternance assis-debout plus aisée). Les positions statiques prolongées étaient mal tolérées. L'assuré se levait péniblement de sa chaise lors des changements de positions. Il travaillait avec un rythme de travail relativement faible, en raison de l'incapacité de maintenir la position de travail et d'assurer une certaine continuité (les pauses, coupures et les recherches de positions antalgiques devenant plus fréquentes au cours de la matinée). Dans le cadre du travail en atelier protégé (marché secondaire de l'emploi), l'assuré avait fourni un travail d'environ 30 à 40%. Dans une activité sérielle chronométrée, les maîtres professionnels des EPI avaient mesuré un rendement de 58% environ (sur un mi-temps), ce qui correspondait à des résultats largement au-dessous de la norme. C'est le lieu de rappeler que le stage aux EPI n'a pas été effectué à la demande de l'OAI mais à celle de l'OCE dans le cadre de l'assurance-chômage. Le but du stage aux EPI était ainsi de déterminer l'aptitude au placement du recourant et non sa capacité de travail au sens de l'assurance-invalidité. Cela étant, le bilan établi à l'issue du stage aux EPI a permis de constater que le recourant avait un rendement de 58% sur un mi-temps, en raison notamment des limitations fonctionnelles. b/bb. Force est de constater que le bilan des EPI ne coïncide pas avec les conclusions des médecins. En effet, ces derniers retiennent une capacité de travail entière sans diminution de rendement alors que les maîtres professionnels des EPI mentionnent un rendement de 58% sur un mi-temps. Lorsque les conclusions d'un stage d'observation professionnelle ne coïncident pas avec la capacité de travail médico-théorique retenue par l'expert ou le SMR, la jurisprudence fédérale veut que l'administration, respectivement le juge - conformément

au principe de la libre appréciation des preuves - confronte les deux évaluations et, au besoin requiert un complément d'instruction. Il ressort du dossier que le gestionnaire en charge du dossier est arrivé à la même conclusion, à savoir que l'appréciation d'observation professionnelle divergeait sensiblement de l'appréciation médicale du Dr F_____ et qu'il a sollicité une instruction complémentaire, en soumettant le bilan des EPI au SMR et en lui demandant s'il était médicalement justifié que le rendement du recourant se monte à 58% sur un mi-temps. Le SMR a établi un avis général le même jour, résumant les conclusions du stage aux EPI et celles de l'expertise du Dr F_____. Vraisemblablement au vu des conclusions des maîtres professionnels des EPI, le SMR a complété, et précisé pour certaines, les limitations fonctionnelles retenues par le médecin mandaté par l'assureur-maladie (pas de port de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements en porte-à-faux du rachis lombaire et alternance des positions). S'agissant de la capacité de travail, le SMR a considéré qu'elle était nulle dans l'activité habituelle depuis le 17 avril 2014, de 50% dans une activité adaptée dès le 18 août 2014 et entière dans une activité adaptée dès le 7 juillet 2015. Il ne s'est toutefois jamais prononcé sur la justification médicale de la diminution de rendement constatée par les maîtres socio-professionnels des EPI alors même que la question lui était expressément posée. Au lieu de relancer le SMR sur ce point, le gestionnaire en charge du dossier du recourant a retenu, de manière arbitraire et de sa propre initiative semble-t-il, une diminution de rendement de 15%, laquelle ne ressort ni d'une pièce médicale figurant au dossier ni du rapport du SMR, étant précisé que ce pourcentage a été retenu à titre de diminution de rendement et non d'abattement. Cette manière de procéder n'est pas conforme au droit, dès lors que cette question est du ressort médical et que pour cela, l'administration ou le juge doit pouvoir se fonder sur des pièces médicales emportant la conviction. Or, comme cela a été relevé ci-dessus, aucun médecin ne s'est prononcé sur ce point. 11. Au vu de ce qui précède, il apparaît que la décision attaquée repose sur une instruction manifestement insuffisante qui ne permet pas à la chambre de céans de se prononcer sur la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée avec la vraisemblance prépondérante valant en la matière. Dans ces circonstances, il y a lieu d'ordonner une expertise rhumatologique, laquelle sera confiée à la doctoresse J_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et de l'inviter à examiner, lors de l'examen du recourant, s'il est nécessaire de le soumettre à un examen orthopédique et, dans l'affirmative, d'en informer la chambre de céans afin qu'elle puisse ordonner une expertise complémentaire dans cette discipline.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise rhumatologique de Monsieur A_____ et la confie à la doctoresse J_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne.!

2. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a. Prendre connaissance du dossier de la cause. b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité l'assuré. c. Examiner l'assuré et déterminer s'il est nécessaire de le soumettre à un examen orthopédique. Dans l'affirmative, en informer la chambre de céans afin qu'elle puisse ordonner une expertise complémentaire. d. Si nécessaire ordonner d'autres examens. e. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: 1. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? (anamnèse professionnelle et sociale - évolution et résultat des thérapies)!

2. Quelles sont les plaintes de l'assuré ?!

3. Quel est le status clinique ? !

4. Quels sont les diagnostics ? !

5. Depuis quand sont-ils présents ? Lesquels de ces diagnostics ont-ils une répercussion sur la capacité de travail ? 5. Les atteintes à

la santé sont-elles objectivables ?

6. S'agissant de la répercussion des atteintes à la santé sur la capacité de travail, quelles sont les limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés (mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pour-cent)

7. a) Comment agissent les troubles sur l'activité exercée jusqu'alors ? Celle-ci est-elle encore exigible ? b) Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ? Y a-t-il une diminution de rendement ? Si oui, dans quelle mesure ? c) Depuis quand, du point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ? d) Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ? e) Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'alors ? Si oui, par quelles mesures (mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail) ? Quel sera leur influence sur le degré de capacité de travail ?

8. a) Malgré les plaintes alléguées et compte tenu de la constitution physique de l'assuré et de vos diagnostics, celui-ci pourrait-il exercer une autre activité lucrative d'un point de vue somatique ? b) Si oui, laquelle-lesquelles ? A quel taux (heures par jour) ? Y aura-t-il diminution de rendement ? c) A quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité ? d) Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons ?

9. Partagez-vous les conclusions figurant dans le rapport d'observation professionnelle du 27 octobre 2015 concernant la diminution de rendement ? Les limitations fonctionnelles observées pendant le stage correspondent-elles à vos constatations ? Veuillez motiver votre réponse.

10. Tous les traitements ont-ils été tentés ? Si non, dire lesquels pourraient avoir une influence positive sur la capacité de travail de l'intéressé ?

11. La limitation partielle ou totale de la capacité de travail prend-elle en considération des facteurs psychosociaux et socio-culturels ? Si oui, lesquels et dans quelle mesure ?

12. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables (possibilité de s'habituer à un rythme de travail, mobilisation des ressources existantes) ? Si non, pour quelles raisons ?

13. Appréciation du cas et pronostic.

3. Invite l'expert à rendre son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais.

4. Réserve le sort des frais.

5. Réserve le fond.

La greffière Irène PONCET La présidente Catherine TAPPONNIER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le