

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1421/2013

ATAS/1123/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 novembre 2013

2<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente Evelyne BOUCHAARA et Christine  
BULLIARD MANGILI, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1970, est originaire du Portugal où il a suivi l'école primaire et le lycée. Il y a travaillé de 1984 à 2000 comme maçon. Arrivé en Suisse en 2000, il a travaillé deux ans dans un domaine viticole puis comme maçon dès 2002 jusqu'en 2008. L'assuré a été au chômage dès octobre 2008. Il a ensuite travaillé en gain intermédiaire en qualité de personnel d'entretien pour X\_\_\_\_\_ SERVICES de juin 2009 à décembre 2010 à raison de 15h/semaine, l'horaire ordinaire de l'entreprise étant de 44h/semaine. En incapacité de travail depuis le 30 juin 2010, il a été licencié pour le 31 décembre 2010. En 2010, son salaire était fixé à 18 fr. 20/heure avec un 13<sup>ème</sup> salaire de 1,67% du salaire brut.
2. L'assuré a déposé le 11 avril 2011 une demande de prestations d'invalidité, sollicitant des mesures pour une réadaptation professionnelle, en raison d'une hernie discale dont il souffre depuis novembre 2010.
3. Les rapports médicaux suivants ont été réunis par l'OAI :
  - a. La lettre de sortie du 17 février 2011 et le rapport du 30 mars 2011 du Dr B\_\_\_\_\_, médecin adjoint du Service de neurochirurgie des HUG. L'assuré a été opéré le 1<sup>er</sup> février 2011, par une fenestration interlaminaire L4-L5 avec discectomie, en raison d'un syndrome radiculaire irritatif déficitaire sensitif L5 gauche sur une hernie discale L4-L5, l'assuré présentant encore une discrète hypoesthésie L5 gauche après l'opération. A deux mois de celle-ci, le patient décrit une persistance d'irradiation douloureuse moins intense qu'auparavant, mais persistante, principalement lorsqu'il reste longtemps assis ou debout. Objectivement, il existe une certaine raideur lombaire, mais le Lasègue est négatif et il n'y a aucun déficit moteur. L'évolution est donc favorable, compte tenu du fait que l'intervention a été effectuée tardivement après une longue résistance au traitement conservateur. L'assuré est surtout préoccupé par ses problèmes asséculo-logiques.
  - b. Le rapport du 7 juillet 2011 de la Dresse C\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré auprès du Département de médecine de premier recours des HUG, qui confirme une hernie discale L4-L5 diagnostiquée en novembre 2010. Les suites opératoires ont été simples, mais l'assuré présente une douleur persistante au niveau du membre inférieur gauche sur le territoire L5 avec quelques paresthésies et une boiterie au début de la marche. L'assuré est totalement incapable de travailler, mais une reprise du travail partielle serait envisageable, à l'avenir, selon l'évolution.
  - c. Le rapport du 12 octobre 2011 du Dr B\_\_\_\_\_. L'état de santé s'est amélioré avec une disparition du syndrome irritatif le 24 mars 2011, une

absence de déficit neurologique, une meilleure mobilisation et une reprise d'activité progressivement possible, l'amélioration ayant été constatée entre février et mars 2011. L'assuré n'a plus été vu depuis le 24 mars 2011. Il faut dans un premier temps limiter le port de charges à moins de 10 kg, avec une reprise progressive, sans limitation à cet égard à 6 mois de l'intervention. Le médecin met en doute la compliance optimale de l'assuré.

- d. Le rapport de la Dresse C \_\_\_\_\_ du 25 novembre 2011. L'état de santé est stationnaire, sans changement dans les diagnostics et la capacité de travail est de 0% dans le nettoyage. La compliance est optimale et la reprise de l'activité est à réévaluer selon l'évolution. L'assuré ne présente pas de trouble psychique invalidant.
  - e. Le rapport de la Dresse C \_\_\_\_\_, contresigné par la Dresse D \_\_\_\_\_, cheffe de clinique, du 25 avril 2012. L'état de santé est stationnaire, sans changement dans les diagnostics. L'assuré présente des douleurs lombaires et sacro-iliaques avec irradiation dans le territoire L5 à gauche, une impossibilité de rester longtemps assis ou debout, de s'accroupir, de porter des charges ou d'effectuer des mouvements de flexion du tronc. La capacité de travail reste nulle. Possiblement, le retour au travail dans un métier adapté serait envisageable. Il convient de faire une évaluation fonctionnelle par un physiothérapeute.
  - f. Le rapport du 8 novembre 2011 du Dr B \_\_\_\_\_. Subjectivement, le patient décrit toujours la persistance de douleurs lombaires basses invalidantes et une sensation de raideur. Objectivement, il note un patient démonstratif qui marche aussi bien sur la pointe des pieds que sur les talons, présente une distance doigt/sol à 1 mètre, avec un Lasègue négatif des deux côtés. L'assuré bénéficierait donc grandement d'une prise en charge physiothérapeutique dans le but de favoriser une perte de poids, gagner en assouplissement et se remuscler. Il n'est pas nécessaire de procéder à une nouvelle imagerie. Il s'agit très probablement d'un syndrome de fibrose periradiculaire, vu qu'il n'y a aucun signe irritatif à l'heure actuelle.
- 4. L'assuré a précisé qu'il cherchait une activité à 100% lorsqu'il était au chômage, étant séparé depuis 2011 et sans enfant.
  - 5. Selon le rapport d'expertise du 12 novembre 2012 du Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, mandaté par l'OAI, l'assuré souffre de lombosciatalgies gauches chroniques sur un remaniement fibreux intracanalair L4-L5, status après cure d'une hernie discale L4-L5 en février 2011, pathologie présente depuis novembre 2010, ainsi que d'une aponévrosite plantaire gauche présente depuis 2012. L'hypertension, l'hypercholestérolémie, l'obésité et le status

post-cure d'hernie inguinale en 2004 et 2012, sont sans répercussion sur la capacité de travail.

La capacité de travail comme manœuvre dans le bâtiment et nettoyeur est nulle depuis décembre 2010. L'assuré ne peut pas porter plus de 5 kg, ni faire des mouvements répétés du rachis, marcher sur un sol irrégulier ou monter des échelles et des échafaudages. Par contre, un travail assis, avec la possibilité de changer de position toutes les heures (par exemple petite mécanique) est possible à 100% sans aucune diminution de rendement depuis le 1<sup>er</sup> juin 2011, soit trois mois après l'intervention chirurgicale. Objectivement, les plaintes du patient peuvent s'expliquer par le discret remaniement fibreux engainant L5 gauche, pouvant provoquer des irritations mécaniques sur le nerf et entraîner des douleurs chroniques sans qu'aucun déficit neurologique ne soit mis en évidence. L'expert est étonné par le manque d'activité physique. L'assuré doit absolument perdre du poids et faire de la physiothérapie active.

6. Par projet du 29 novembre 2012, l'OAI refuse à l'assuré des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Le taux d'invalidité est nul, à la fin du délai d'attente d'un an, le 1<sup>er</sup> décembre 2011. Le revenu sans invalidité est fondé sur ESS 2010, 1, homme, niveau 4, pour 41,6 heures de travail, réévalué à 2011, soit 61'733 fr. puis ramené, après un abattement de 15%, en raison des limitations fonctionnelles, du fait que seule une activité légère est possible, le revenu est de 52'473 fr. Le revenu sans invalidité est fondé sur l'extrait de compte individuel AVS, qui indique que l'assuré a perçu un salaire annuel brut de 41'515 fr. en 2009 soit, indexé à 2011, de 42'195 fr. Le droit au reclassement n'est pas ouvert, à défaut d'un taux d'invalidité supérieur à 20%. Au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services, il n'est pas nécessaire de prévoir des mesures professionnelles.
7. Représenté par l'Association suisse des assurés, l'assuré s'est opposé au projet de décision. En raison de ses limitations, de nombreuses activités professionnelles pour lesquelles aucune qualification professionnelle n'est requise sont déconseillées (vendeur, caissier, livreur, magasinier, nettoyeur). En second lieu, il ressort de la CCT dans le travail industriel que le salaire est de 48'685 fr. pour un salarié non spécialisé et sans expérience. La réduction doit être de 25%, car en plus des critères retenus, l'assuré est incapable de travailler depuis de nombreuses années et n'a aucune formation professionnelle. Finalement, la reprise d'une activité adaptée n'est possible qu'après des mesures de reclassement susceptibles d'améliorer notablement sa capacité de travail.
8. Par décision du 20 mars 2013, l'OAI a refusé toute mesure professionnelle et toute rente à l'assuré. La prise en compte des salaires selon ESS est préconisée par la jurisprudence. Parmi les activités englobées dans ces statistiques, certaines sont compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré. S'agissant de

l'abatement, les critères sont déterminés par la jurisprudence et les éléments avancés ne figurent donc pas au nombre de ceux-ci.

9. L'assuré a formé recours, assisté d'un avocat, le 6 mai 2013. Il conclut à l'annulation de la décision, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et d'une rente entière de l'assurance-invalidité avec suite de dépens. L'expert minimise ses atteintes à la santé alors que les lombosciatalgies gauches chroniques dont il souffre l'empêchent totalement de travailler. L'expert ignore également la dimension psychosociale relevée par les médecins-traitants.

Il produit une attestation du 7 février 2013 de la Dresse F\_\_\_\_\_, médecin auprès du Département de premiers recours des HUG. En sa qualité de médecin-traitant de l'assuré depuis juin 2012, elle rejoint entièrement l'expertise de son collègue, le Dr E\_\_\_\_\_. Elle ajoute, en complément des diagnostics établis, l'importance de la dimension psychosociale chez ce patient, qui se trouve dans une situation socio-économique défavorable qui ne permet pas si facilement d'endiguer le problème de douleurs chroniques avec la perte de poids et l'augmentation d'activités physiques.

10. L'OAI a répondu le 4 juin 2013. Il conclut au rejet du recours. L'assuré n'invoque aucun élément concret susceptible de remettre en cause les conclusions du SMR.
11. L'assuré a persisté le 2 juillet 2013 et a transmis, le 13 août 2013, le rapport médical du 17 juillet 2013 du Dr G\_\_\_\_\_, médecin auprès du Département de médecine de premier recours. Il confirme les diagnostics posés auxquels il ajoute un trouble thymique et de l'anxiété et une stéatose hépatique non-alcoolique. Il ne constate pas de nouvel élément concernant les limitations fonctionnelles physiques, mais une détérioration de son état psychique depuis le dernier rapport d'avril 2011 du Dr H\_\_\_\_\_, médecin-psychiatre. L'assuré présente de l'anhédonie, de l'aboulie, une baisse du moral qui pourrait entraver sa capacité de travail, notamment à gérer le stress, la fatigue et la capacité de concentration. Un traitement antidépresseur a été débuté il y a deux mois, avec une légère amélioration de l'humeur. Une évaluation psychiatrique serait indiquée.
12. La Cour de céans a interrogé les Drs E\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_.
- a. Par pli du 11 septembre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ précise que les douleurs chroniques qui peuvent être provoquées par les remaniements fibreux ne sont pas invalidantes dans une activité adaptée, car l'irritation du nerf liée au remaniement fibreux est présente lors de la mise sous tension du nerf lors de certains mouvements. Or, un travail assis permet de fortement diminuer cette tension sur le nerf et est compatible avec une activité à 100 %, étant précisé que le radiologue décrit un discret remaniement seulement. Il rappelle que l'assuré présente une obésité morbide et qu'une activité physique est essentielle à la guérison. Lors de l'expertise, l'assuré ne présentait pas de symptôme d'une

stéatose hépatique non-alcoolique. Au surplus, en aucun cas une stéatose, qui est uniquement une description anatomopathologique, est une atteinte invalidante, car elle est asymptomatique. La maladie invalidante du foie est la cirrhose. Lors de l'expertise, l'assuré ne présentait pas de symptôme dépressif.

- b. Le 23 septembre 2013, le Dr G\_\_\_\_\_, auprès du département de médecine communautaire des HUG, précise que le diagnostic de stéatose hépatique non-alcoolique a été posé le 13 avril 2011 et que cette affection n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. L'assuré a bénéficié d'une prise en charge psychiatrique en 2008. Une évaluation avait été faite le 8 avril 2011 lors de laquelle l'assurée ne présentait aucun symptôme dépressif, de sorte qu'aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu. Le patient souffrait de troubles du sommeil dans un contexte de séparation et de difficultés socio-économique. Il a été revu le 20 septembre 2013, consultation lors de laquelle un état dépressif léger a été évoqué, qui a justifié une prise en charge.

13. Les parties ont été invitées à se déterminer.

- a. L'OAI persiste dans ses conclusions le 29 octobre 2013 et produit l'avis du SMR du 17 octobre 2013. Ce dernier fait un résumé des divers avis produits par l'assuré et estime qu'il convient de confirmer les conclusions de l'OAI du 20 mars 2013.
- b. L'assuré relève le 30 octobre 2013 qu'il est dans l'impossibilité totale de reprendre son ancienne activité d'agent d'entretien ainsi que toute autre activité, en raison de la détérioration de son état psychique depuis avril 2011, entravant sa capacité de travail, en particulier sa capacité de gérer ou tolérer le stress, sa fatigabilité et sa capacité de concentration, comme le relève le Dr G\_\_\_\_\_ dans son rapport du 17 juillet 2013. Ce médecin estime qu'une nouvelle évaluation psychiatrique est nécessaire depuis le dernier examen effectué en avril 2011 par le Dr H\_\_\_\_\_. Les affections psychiques et somatiques l'empêchent d'exercer toute activité professionnelle, de sorte que l'office AI a rendu une décision contradictoire avec l'état de fait qui lui était soumis. L'assuré persiste ainsi dans ses conclusions.

14. Sur quoi, 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. 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.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

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. 28 al. 2 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

5. 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 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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 (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

6. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé

susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il

---

n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut,

sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

9. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).
10. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ pour retenir une pleine capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues et ce dès le 1<sup>er</sup> juin 2011, soit trois mois après l'opération ayant traité la hernie discale. Cette expertise peut se voir reconnaître pleine valeur probante : elle est fondée sur l'examen clinique de l'assuré et l'ensemble de son dossier médical. Elle contient une anamnèse brève mais précise, tient compte des plaintes du patient, établit un status clinique détaillé et commente les examens radiologiques. Ses conclusions sont motivées et convaincantes.

L'assuré fait valoir qu'il est totalement incapable de travailler dans toute activité en raison des lombosciatalgies, de l'aggravation de son état psychique après avril 2011, la dimension psycho-sociale défavorable jouant un rôle qui a été ignoré par l'expert.

A cet égard, aucun des médecins spécialistes consultés par l'assuré n'émet un avis contraire à celui de l'expert s'agissant de l'état de santé somatique de l'assuré. Le Dr B\_\_\_\_\_, neurochirurgien, estime que les suites de l'opération sont favorables et retient une pleine capacité de travail avec seulement des limitations quant au port de charge six mois après l'intervention de février 2011, tout en relevant que les plaintes subjectives de l'assuré ne correspondent pas aux constats objectifs, que l'assuré est démonstratif et qu'il est surtout préoccupé par sa situation asséurologique. La Dresse C\_\_\_\_\_, médecin-traitant, partage l'avis de l'expert quant à la totale et définitive incapacité de travail comme nettoyeur, mais se borne à admettre que le retour au travail dans un métier adapté serait envisageable. La Dresse F\_\_\_\_\_, également médecin-traitant, rejoint les conclusions de l'expert, mais relève que la dimension psychosociale et les problèmes socio-économiques de l'assuré participent aux douleurs, ce qui, de jurisprudence constante, n'est pas déterminant pour l'évaluation de la capacité de travail dans le cadre de l'assurance-invalidité. Ainsi, les conclusions de l'expertise n'étant sérieusement remises en cause par aucun médecin, elles peuvent être suivies.

Au surplus, tant le Dr E\_\_\_\_\_ que le Dr G\_\_\_\_\_ ont confirmé que la stéatose hépatique était sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré.

Quant à son état psychique, les rapports au dossier permettent de retenir qu'après un épisode dépressif peu documenté en 2008, l'assuré ne présentait pas de symptôme dépressif lors de la consultation d'avril 2011, au terme de laquelle aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu. La Dresse C\_\_\_\_\_ a précisé en novembre 2011 que l'assuré ne présentait aucun trouble psychique invalidant. Le Dr E\_\_\_\_\_ a confirmé que lors de l'expertise réalisée en novembre 2012, l'assuré ne présentait aucun symptôme dépressif. D'ailleurs, l'assuré a été revu en mai 2013 seulement, soit après la décision de refus de prestations et, suite au traitement d'antidépresseur mis en place, le Dr G\_\_\_\_\_ retient un état dépressif seulement léger en septembre 2013. Outre le fait que l'éventuelle aggravation de l'état thymique est postérieure à la décision et ne justifie donc pas son annulation, l'état s'est rapidement amendé sous traitement, de sorte que ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de l'assuré n'ont pas été durables. Il ne se justifie donc pas d'instruire plus avant cet aspect, étant rappelé qu'en cas d'aggravation notable et durable documentée, malgré un traitement adéquat, il sera loisible à l'assuré de déposer une demande de révision.

Ainsi, il est établi que l'incapacité de travail de l'assuré depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2010 a pris fin le 1<sup>er</sup> juin 2011 selon l'expert, au plus tard le 1<sup>er</sup> août 2011, soit 6 mois après l'opération, selon le Dr B\_\_\_\_\_. En tout état, à l'échéance du délai de carence d'un an, le 1<sup>er</sup> décembre 2011, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

11. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, l'assuré a renoncé dans son recours à réclamer l'application de la CCT pour déterminer le salaire d'invalidé et un abattement de 25%. La prise en compte au titre de revenu d'invalidé du salaire ESS, global, niveau 4 est conforme à la jurisprudence, car un nombre significatif d'activités incluses dans ce salaire sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. L'abattement de 15% tient compte de la longue période d'activité comme maçon, des limitations fonctionnelles et de l'activité légère, l'âge de l'assuré (42 ans) et son permis d'établissement n'étant pas déterminants, pas plus que l'absence de formation. Le revenu avec invalidité est donc de 52'473 fr. Pour ce qui est du revenu sans invalidité, même en tenant compte du salaire réalisé en dernier lieu en 2010, mais à plein temps et avec un 13<sup>ème</sup> salaire complet selon la CCT applicable, le degré d'invalidité reste nul, soit insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à des mesures professionnelles (18 fr. 20 x 44 heures x 52 semaines./ 12 x 13 mois = 45'112 fr., soit 45'834 fr. en 2011). Ainsi, le calcul effectué par l'OAI est conforme à la loi et à la jurisprudence, de sorte que la décision de refus de prestations doit être confirmée.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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.

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le