

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3184/2016

ATAS/742/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 août 2017

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY, représenté par
FORTUNA Protection Juridique SA

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1962 au Kosovo, est arrivé en Suisse en 1982.

À compter de décembre 1990, il a été employé par les Chemins de fer fédéraux (CFF) en qualité de maître-artisan.

L'assuré a été mis en arrêt de travail à compter du 9 septembre 2010 en raison de lombalgies.

2. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis lombo-sacré du 26 mai 2010 a montré une discopathie L5-S1, caractérisée par un débord postéro-latéral droit non compressif, ainsi qu'une arthrose inter-apophysaire droite débutante, de L4 à S1.
3. Le 14 octobre 2010, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a suggéré un renforcement de la musculature abdominale et une infiltration articulaire, si nécessaire, avant de procéder à une spondylodèse.
4. Le 20 décembre 2010, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) en invoquant ses problèmes dorsaux et un diabète.
5. Interrogé par l'OAI, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a expliqué n'avoir été consulté qu'à une occasion par l'assuré, pour avis. Son rapport de consultation du 14 septembre 2010, adressé au docteur D_____, médecin traitant de l'assuré, relatait que celui-ci se plaignait de lombalgies depuis près de deux ans, que l'IRM pratiquée en mai n'avait mis en évidence ni élément compressif neurologique, ni hernie discale, ni arthrose mais une discopathie des derniers segments L5-S1 pouvant expliquer les douleurs, que les propositions chirurgicales n'étaient pas nombreuses - l'une d'elles étant une stabilisation par voie postérieure du dernier segment - et préconisait un traitement ostéopathique.
6. L'assuré s'étant plaint de douleurs thoraciques suspectes, ont été réalisées :
 - une IRM cardiaque de stress à l'adénosine, le 8 février 2011, qui a conclu à une hypoperfusion sous-endocardiaque concernant le segment apical dans ses parois inférieure et septale, pouvant correspondre à une ischémie myocardique dans ce territoire ; en revanche, il n'y avait pas de nécrose myocardique décelable et la fonction globale et régionale systolique du ventricule gauche était normale ;
 - une coronarographie, le 22 février 2011, qui n'a montré aucune lésion significative angiographiquement, une fraction d'éjection du ventricule gauche normale (68%) et une pression télédiastolique ventriculaire gauche élevée, à 18 mmHg.

7. Dans un rapport du 5 avril 2011, le Dr D_____ a retenu les diagnostics de discopathie L5-S1 depuis deux ans et d'obésité. Il a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un diabète de type II, un tabagisme et un état dépressif consécutif à l'incapacité de travail. Les limitations fonctionnelles retenues concernaient les efforts, le port de charges supérieures à 5 kg et les positions statiques. Restaient exigibles les activités permettant l'alternance des positions et n'impliquant que le port, près du corps, de charges de moins de 5 kg. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance de l'assurée n'étaient pas limitées.
8. Dans un rapport de consultation rédigé le 6 octobre 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a émis l'avis que les lombalgies mécaniques étaient vraisemblablement en lien avec la discopathie L5-S1 mise en évidence à l'IMR du 26 mai 2010. Il y avait toutefois lieu de le vérifier par une discographie de provocation et de soustraction avec un contrôle L4-L5. Une éventuelle intervention consisterait alors en une discoplastie, soit par prothèse mobile, soit par arthrodeuse. L'indication pour une telle intervention dépendrait essentiellement de la présence de signes de souffrance radiculaire et de l'impact des douleurs sur la qualité de vie de l'assuré.
9. Le 22 novembre 2011, une IRM de la colonne lombaire a montré une situation inchangée par rapport à mai 2010 (discrète discopathie L5-S1 et débord discal postéro-latéral droit non compressif), en dehors d'un discret remaniement dégénératif des articulations inter-apophysaires postérieures L4-L5 et L5-S1.
10. Le 16 décembre 2011, le Dr D_____ a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré avec l'apparition d'une ischémie sous-endocardiaque apicale. En outre, les lombalgies avaient augmenté en intensité après une tentative de reprise d'une activité adaptée à 25%. Aucun effort physique, ni aucun port de charges n'était possible. La capacité de travail de l'assurée était désormais nulle dans l'activité de maître-artisan.

En annexe à ce rapport figurait notamment un courrier du docteur F_____, médecin-conseil de l'employeur de l'assuré, décrivant l'activité adaptée comme permettant à l'assuré de changer fréquemment de position, d'éviter les postures en porte-à-faux et le port répété de charges lourdes. Le médecin émettait l'avis que puisque l'activité habituelle permettait les changements de position et le port de charges de 2 kg, l'assuré devait théoriquement pouvoir augmenter son taux d'activité à 50%, puis à 75%.

11. Par courriel du 16 mars 2012, les CFF ont informé l'OAI que l'assuré avait été déclaré inapte à sa fonction par leur service médical et qu'ils s'acheminaient dès lors vers une résiliation de son contrat de travail.
12. Le 26 juin 2012, le Dr D_____ a précisé à l'OAI que l'évolution était stable sur le plan cardiaque. En revanche, les lombalgies avaient augmenté. L'assuré avait tenté

de reprendre son activité à 25% le 29 août 2011, mais son rendement s'était avéré nul.

13. Par courrier du 17 juillet 2012, le docteur G_____, spécialiste FMH en cardiologie, a indiqué que sur le plan cardiaque, il n'y avait aucune atteinte incapacitante : le bilan coronarien pratiqué en février 2011 s'était révélé normal. Il en allait de même de l'échocardiographie.
14. Le 2 novembre 2012, le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a suggéré une expertise rhumatologique pour préciser les limitations fonctionnelles et leur impact réel sur la capacité de travail de l'assuré.
15. Le 26 août 2013, l'assuré a été examiné par le docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie auprès du SMR. Avant de se prononcer sur la capacité de travail, ce médecin a souhaité disposer, notamment, du descriptif précis de l'activité de l'assuré et de l'historique de ses arrêts de travail.
16. Les CFF ont expliqué, par courrier du 2 septembre 2013, que l'activité habituelle de l'assuré était celle de chef de team, constituée à 40% par le balayage des trains, le passage de l'aspirateur, le nettoyage des fenêtres, la récolte des poubelles, la vidange des toilettes et le nettoyage des sols des trains et à 20% par des tâches d'encadrement sur le terrain, d'audits sécurité, de contrôles qualité et de contrôles du temps. À compter du 1^{er} mars 2012, l'assuré avait travaillé à 25% tous les matins, à un poste adapté (lavage, séchage et pliage des textiles utilisés sur le site). Les arrêts de travail avaient été les suivants : 100% du 12 septembre 2010 au 15 juin 2011, 75% du 15 juin 2011 au 18 décembre 2011, 100% en raison d'un accident professionnel du 19 décembre 2011 au 29 février 2012 et 75% du 1^{er} mars au 31 novembre 2012.
17. Fort de ces informations, le Dr H_____ a établi son rapport en date du 8 octobre 2013.

Après avoir résumé le dossier, procédé à une anamnèse, relaté les plaintes de l'assuré et résumé ses constatations cliniques, le médecin du SMR a retenu le diagnostic de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale L5-S1 et troubles dégénératifs postérieurs étagés (M54.5). Il a également mentionné, en précisant qu'elle était sans effet sur la capacité de travail, une obésité de classe I.

Le médecin a relevé une discordance marquée entre le ressenti douloureux de l'assuré, son comportement algique et les constatations radiologiques ou cliniques objectivables. Le cas de l'assuré tendait vers un syndrome douloureux chronique avec un faible substrat organique. Il n'y avait pas de suivi psychiatrique mais le Dr D_____ avait décrit un état dépressif réactionnel aux douleurs. Pour sa part, à l'examen, le Dr H_____ avait constaté une perte d'élan et un assuré peu expressif, même s'il avait réussi à sourire en fin d'examen. Le médecin du SMR n'avait toutefois pas été frappé par une tristesse. Cela étant, il laissait le soin au gestionnaire du dossier de compléter celui-ci par un examen psychiatrique.

Les limitations fonctionnelles concernaient le rachis lombaire et étaient les suivantes : pas de mouvements répétés de flexion/extension, pas de position prolongée en porte-à-faux, pas de port de charges régulier de plus de 10 kg (charges légères), ni occasionnel de charges de plus de 15 kg, pas de position assise au-delà de 60 minutes, pas de position debout au-delà de 30 minutes, pas de marche de plus d'un kilomètre. La capacité de travail était entière dans une activité respectant les limitations fonctionnelles précitées et ce, depuis la consultation du Dr C_____ du 14 septembre 2010. Elle était en revanche nulle dans l'activité habituelle de chef de team/maître-artisan.

18. Le 29 novembre 2013, le SMR a préconisé une expertise psychiatrique, laquelle a été confiée au docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 14 avril 2014.

Après avoir examiné l'assuré et procédé à une anamnèse, à un résumé du dossier médical, avoir relaté les plaintes de l'assuré et résumé ses constatations cliniques, le médecin a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'épisode dépressif majeur, d'intensité modérée (F32.1), tous deux présents depuis 2010 et sans influence sur la capacité de travail.

Compte tenu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, le Dr I_____ a également examiné les critères de gravité de Meyer-Blaser et a considéré qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique, le trouble dépressif modéré accompagnant naturellement l'évolution du trouble somatoforme. Il n'y avait pas non plus de cristallisation psychique (l'état de l'assuré étant fluctuant, en fonction de la douleur), ni d'isolement social (l'assuré étant très entouré par sa famille). D'un point de vue psychiatrique, l'assuré était capable d'exercer à 100% son activité habituelle, avec une légère diminution de rendement, de l'ordre de 10 à 15% en raison d'une tristesse, d'une irritabilité et d'une fatigabilité. Toutefois, après une courte période de réintégration au travail, ou, cas échéant, mise en place d'un traitement antidépresseur comme cela venait d'être fait par le Dr D_____, ces limitations devaient diminuer, voire disparaître.

19. Le 8 juillet 2014, le SMR s'est rangé aux conclusions des expertises rhumatologique et psychiatrique.
20. Le 11 juillet 2014, l'OAI a procédé à une première comparaison des revenus en se basant sur l'année 2011 et les salaires statistiques de 2010. Le degré d'invalidité ainsi obtenu s'élevait à 35,46%.
21. La division de réadaptation a quant à elle conclu à un degré d'invalidité de 42%.
22. Le 12 mars 2015, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle après des Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 9 mars au 7 juin 2015.
23. Le 13 mars 2015, les ÉPI ont signalé à l'OAI qu'après trois jours, l'assuré avait rencontré des difficultés à tenir debout et transpiré, avant de se plaindre de douleurs

près du cœur et de vertiges. Les secours avaient été appelés. Dans ces circonstances, les ÉPI s'interrogeaient sur l'opportunité de continuer la mesure. En effet, le premier exercice d'attention, de concentration et de connaissances en français, pratiqué en position assise ou debout, sans effort particulier, avait dû être interrompu après 14 minutes, avec 5 erreurs d'inattention sur 11 phrases à trous très faciles.

24. Le 4 juin 2015, les ÉPI ont rendu leur rapport. Ils ont indiqué être dans l'impossibilité de parvenir à des conclusions cohérentes, objectives et utilisables concernant les capacités professionnelles de l'assuré au vu de la durée de la mesure, interrompue le 30 avril 2015 d'entente avec l'OAI. Sur les 31 jours ouvrés entre le début de la mesure et son interruption, l'assuré avait été présent 5 jours et absent pour cause de maladie les 26 autres jours.
25. Le 20 novembre 2015, l'OAI a procédé à une nouvelle comparaison de revenus. Se basant sur l'année 2012 et les salaires statistiques en vigueur en 2012, avec une réduction de 10%, il est parvenu à un degré d'invalidité de 39,2%.
26. Le 19 mai 2016, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit tant à des mesures professionnelles qu'à une rente d'invalidité, motif pris d'un degré d'invalidité insuffisant car fixé à 39%.
27. L'assuré a contesté ce projet par courriers des 30 mai et 15 juillet 2016, arguant que la reprise d'une activité à 100% n'était pas envisageable, vu la dégradation de son état de santé et ses limitations fonctionnelles importantes. En effet, depuis mars 2015, ses douleurs aux niveaux des lombaires et du bassin avaient fortement augmenté. Une IRM pratiquée en octobre 2015 avait montré une ostéoporose centrale, une fracture/tassement de D8 et une fissure discale postéro-latérale droite. Sur le plan psychique, il souffrait d'un trouble dépressif avec symptôme somatique, entraînant une totale incapacité de travail, comme pouvait le confirmer la doctresse J_____, médecin praticien FMH, qui le suivait depuis mars 2015. Par ailleurs, s'agissant du calcul de son degré d'invalidité, l'assuré demandait à ce qu'il soit procédé à un abattement de 15% afin de prendre en considération son âge, son handicap et l'absence de formation professionnelle.

À l'appui de sa position, l'assuré a versé au dossier :

- le rapport consécutif à l'IRM lombaire pratiquée le 8 octobre 2015, concluant à une fissure discale postéro-latérale droite L5-S1 de grade Dallas III et à une lame de liquide articulaire L4-L5 droite et L4-S1 bilatérale ; en revanche, aucune protrusion discale significative n'avait été constatée ;
- le compte-rendu d'une radiographie de la colonne dorsale de face et profil, réalisée le 29 décembre 2015, montrant une angulation cyphotique à la hauteur de D8, présentant un tassement ancien, vu la spondylose réactionnaire antérieure, avec une rectitude segmentaire sus-jacente ;

- une densitométrie osseuse, effectuée le 15 janvier 2016, concluant à une ostéopénie centrale, avec un risque fracturaire augmenté ;
 - un rapport du docteur K_____ du 4 juillet 2016 retenant les diagnostics suivants : cervicalgies sur la base d'une rectitude cervicale diffuse / uncarthrose droite de C5, dorsalgies récidivantes sur la base d'une fissure discale postéro-latérale droite en L5-S1 de grade Dallas III, lame de liquide articulaire L4-L5 droite et L5-S1 bilatérale, ostéopénie centrale avec risque fracturaire augmenté et diabète ; l'assuré était incapable de travailler en position debout prolongée ou dans la même position, de porter de lourdes charges et de marcher longtemps ; son état psychique était lié à son inaptitude ; étant donné que, depuis août 2013, aucune activité adaptée n'avait été exercée par l'assuré et compte tenu de son état psychique, la capacité de travail résiduelle était nulle, même dans une activité adaptée ;
 - un rapport du 15 juillet 2016 de la Dresse J_____, concluant à un trouble dépressif avec symptôme somatique (F32), traité par Efexor, Temesta et Imovane ; les critères de Hamilton de la dépression étaient réunis ; les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigue (sous Pakxia pour la douleur), troubles de la concentration, ralentissement psychomoteur et insomnie ; la capacité de travail était nulle, y compris dans une activité adaptée ; la capacité de travail et le pronostic dépendaient des troubles somatiques.
28. Le 12 août 2016, le SMR a émis l'avis qu'aucun élément médical nouveau n'avait été amené par le Dr K_____ ; quant à la Dresse J_____, elle n'argumentait pas son appréciation de la capacité de travail et n'avait produit ni status clinique, ni discussion concernant un éventuel changement depuis la dernière expertise. Par conséquent, il n'y avait pas lieu de s'écarter de son avis précédent.
29. Par décision du 19 août 2016, l'OAI a donc nié à l'assuré le droit à toute prestation.
30. Le 20 septembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à l'octroi d'un quart de rente au minimum et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire avant nouvelle décision.

Sur le fond, le recourant allègue notamment que les conclusions des experts sont contredites par les faits, dès lors que sa tentative de reprise à 25% s'est soldée par un échec en raison de ses douleurs. Il rappelle qu'il a été déclaré inapte par le médecin-conseil de son employeur. Selon lui, les experts ont minimisé ses lombalgies non déficitaires.

Le recourant ajoute que les expertises remontent à août 2013 et avril 2014 et qu'elles sont dès lors antérieures à l'aggravation de son état de santé documentée par les IRM de décembre 2015 et janvier 2016. Par conséquent, elles ne sont plus d'actualité et manquent de pertinence clinique.

Le recourant ajoute que si, par impossible, une capacité à exercer une activité adaptée devait être retenue, il faudrait calculer le degré d'invalidité en appliquant un abattement de 15%.

31. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 20 octobre 2016, a conclu au rejet du recours.

Il soutient que les expertises des Drs H_____ et I_____ doivent se voir reconnaître pleine valeur probante et que le recourant se contente d'opposer l'opinion de ses médecins traitants à celle des experts s'agissant de sa capacité de travail. Selon l'intimé, les rapports postérieurs aux expertises en question ont été pris en considération mais n'ont amené aucun élément parlant en faveur d'une aggravation de l'état de santé du recourant ou d'une nouvelle atteinte.

Quant au taux d'abattement de 10% appliqué, il prend en considération le fait que seule une activité légère est désormais possible, ainsi que les nombreuses années de service effectuées auprès du même employeur. Par conséquent, il n'y a pas lieu de s'en écarter.

32. Le 6 décembre 2016, le recourant a produit le dossier médical transmis par la docteure L_____, spécialiste FMH en cardiologie, qui le suit régulièrement depuis mars 2015.

Le recourant y voit la démonstration qu'il souffre d'une cardiopathie ischémique, de douleurs persistantes dans le dos, d'une probable fibromyalgie et de douleurs de la colonne vertébrale. Ces atteintes entraînent des atteintes physiques et psychiques invalidantes, ayant pour conséquences une totale incapacité à exercer son activité habituelle.

33. Par écriture du 23 décembre 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis de son SMR.

Celui-ci relève que si le recourant est connu pour une cardiopathie ischémique et qu'il a été hospitalisé en mars 2015 en urgence pour des douleurs rétrosternales, les bilans réguliers effectués - notamment des échocardiogrammes trans-thoraciques - sont toujours restés dans les normes, sans mise en évidence d'une pathologie cardiaque. À chaque consultation, la situation s'est révélée stable. La dernière, remontant au 23 septembre 2016, fait état de douleurs au dos, mais la Dresse L_____ relève elle-même : « pas de problème cardiaque, pas de DRS (douleurs rétrosternales), pas de dyspnée, pas de palpitation, stable au niveau cardiaque ». Quant au bilan par coronarographie effectué en février 2011, il a mis en évidence une fonction cardiaque normale, avec une fraction d'éjection à 68%, et l'absence de sténose sur le réseau coronaire droit et gauche. Ces éléments démontrent que la situation est stationnaire sur le plan cardiologique.

34. 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 - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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 recours a été formé dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c LPGA, 60 et 61 let. b LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), de sorte qu'il est recevable.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 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).
6. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

7. a. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

b. Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une

composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

8. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne

peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

9. 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).
- 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 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b/aa. 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).

Dans ce contexte, il y a lieu de relever que selon une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2 portant sur les rapports des services médicaux régionaux au sens de l'art. 49 al. 2 RAI).

b/bb. 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/cc Selon l'art. 43 al. 1, 1ère phrase LPGA l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'art. 69 RAI précise pour l'AI que l'office de l'assurance-invalidité réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation; à cet effet peuvent être exigés ou effectués

des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, il peut être fait appel aux spécialistes de l'aide publique ou privée aux invalides.

À teneur de l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'OAI peut également confier à un médecin expert indépendant la charge d'une expertise (art. 59 al. 3 LAI et 44 LPGA). Selon cette dernière disposition, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. A noter que l'art. 43 al. 2 LPGA prévoit que l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés.

L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Cela étant, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d ; ATF 125 V 351 consid. 3b ee ; ATF 135 V 465 consid. 4.3 et ss ; aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier).

b/dd. 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).

b/ee. 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).

10. 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).

À noter que les expertises en matière de trouble somatoforme douloureux mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8)

11. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur les rapports des Drs H_____ et I_____ des 8 octobre 2013, respectivement 13 avril 2014, pour nier au recourant tout droit à une rente. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de ces documents.

a/aa. À titre liminaire, il convient de relever que le Dr H_____, en tant que médecin du SMR, a réalisé un examen sur la personne au sens de l'art. 49 al. 2 RAI. Son rapport du 8 octobre 2013 ne constitue donc pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA. Cela ne signifie cependant pas pour autant que la valeur probante dudit document doit être niée. Elle doit simplement être examinée conformément aux réquisits jurisprudentiels généraux.

Cela étant précisé, force est de constater que le rapport précité du Dr H_____ remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet

la valeur probante d'un tel document : il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Sur le fond, le Dr H_____ a diagnostiqué des lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de protrusion discale L5-S1 et des troubles dégénératifs postérieurs étagés. Ces atteintes entraînent les limitations fonctionnelles suivantes : pas de mouvements répétés de flexion/extension, pas d'attitudes prolongées en porte-à-faux, pas de port de charges régulier de plus de 10 kg (charges légères), occasionnel de plus de 15 kg, pas de travail assis prolongé au-delà de 60 minutes, debout au-delà de 30 minutes, pas de marche au-delà du kilomètre. Lesdites limitations entraînent une incapacité totale d'exercer l'activité habituelle. En revanche, la capacité de travail reste entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées et ce, depuis le 14 septembre 2010.

a/bb. Le rapport du Dr I_____ doit être qualifié d'expertise au sens de l'art. 44 LPGA, ce médecin n'étant pas lié au SMR. Il remplit également, sur le plan formel, toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas, et ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Sur le fond, le Dr I_____ n'a retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail. En revanche, il a relevé un syndrome somatoforme douloureux somatoforme persistant et un épisode dépressif majeur d'intensité modérée, tous deux présents depuis 2010. Compte tenu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, le Dr I_____ a examiné les critères de Meyer-Blaser, évoquant l'absence de comorbidité psychiatrique, de cristallisation psychique (l'état psychique du recourant étant fluctuant en fonction de l'intensité des douleurs) ou l'absence d'isolement social. Le médecin précité a également relevé que le recourant n'était pas suivi par un psychiatre et que son médecin traitant venait seulement de mettre en place un traitement psychotrope. Compte tenu de ce qui précède, le Dr I_____ a considéré que ces atteintes n'entraînaient aucune incapacité de travail. Cependant, en raison d'une tristesse, d'une irritabilité et d'une fatigabilité, le rendement était légèrement diminué, de l'ordre de 10 à 15%. Après une courte période de réintégration au travail, voire avec la mise en place d'un traitement antidépresseur, lesdites limitations devraient diminuer, voire disparaître.

Certes, le Dr I_____ a examiné le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant au regard des anciens critères jurisprudentiels. Cependant, une expertise rendue selon l'ancien standard ne perd pas toute valeur probante si elle permet une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281). Or, force est de constater, en l'espèce, qu'il ressort de l'expertise

du 14 avril 2014 que le recourant n'était pas suivi par un psychiatre et qu'il venait seulement d'entreprendre un traitement psychotrope lors de l'expertise. Par ailleurs, il n'était pas isolé socialement : il entretenait avec sa famille des rapports fréquents, riches et chaleureux. Son état psychique était fluctuant et évoluait selon l'intensité de la douleur. Ces éléments permettent ainsi de retenir, au regard des nouveaux critères, que le recourant ne souffrait pas de troubles psychiques graves et invalidants lors de la réalisation de l'expertise.

a/cc. Sur le plan cardiologique, les médecins ayant examiné le recourant ne retiennent pas d'incapacité de travail. Dans son rapport du 17 juillet 2012, le Dr G_____ n'a conclu à aucune affection cardiaque invalidante. Quant à la Dresse L_____, elle a mentionné à plusieurs reprises, dans ses notes, des échocardiographies transthoraciques (TTE) dans la norme, l'absence de troubles de la cinétique et de douleurs rétrosternales (DRS). Partant, c'est à juste titre que l'OAI n'a pas retenu d'incapacité de travail en lien avec d'éventuels troubles cardiaques.

b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

Le recourant s'est référé aux rapports des Drs K_____ et J_____ pour contester les conclusions des Drs H_____ et I_____. Or, force est de constater que ni la Dresse J_____, ni le Dr K_____ ne disposent d'une spécialisation, que ce soit en psychiatrie pour la première, en orthopédie ou en rhumatologie pour le second (voir www.doctorfmh.ch ou encore www.medregom.admin.ch/FR). Pour ce motif déjà, la valeur probante de leurs appréciations est moindre (voir dans ce sens l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2). En outre, ces médecins ne suivent le recourant que depuis le mois de mars 2015 et ils n'ont, à aucun moment, élevé de critiques à l'encontre du rapport du Dr H_____ ou de l'expertise du Dr I_____.

Au vu de ce qui précède, la Chambre de céans constate que le recourant n'a fait valoir aucun élément objectif précis qui pourrait justifier d'envisager la situation médicale selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction portant sur la période antérieure aux rapports des Drs H_____ et I_____, auxquels il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante. A l'instar de ces médecins, il convient donc de considérer qu'à compter du 14 septembre 2010, le recourant a été capable d'exercer à 100% une activité adaptée.

c. Cela étant, force est de constater que la décision querellée date du 19 août 2016 et qu'elle a donc été rendue près de trois ans après l'expertise rhumatologique et plus de deux ans après l'expertise psychiatrique.

Certes, comme le relève à juste titre l'OAI, l'écoulement du temps n'altère pas à lui seul la valeur probante d'une expertise (voir arrêt du Tribunal fédéral 9C_351/2010 du 17 décembre 2010 consid. 4.2). Cependant, en annexe à son opposition, le recourant a notamment produit le compte-rendu d'une IRM lombaire réalisée en octobre 2015 - qui met en évidence une fissure discale postéro-latérale droite L5-S1 de grade Dallas III et une lame de liquide articulaire L4-L5 droite et L5-S1 bilatérale -, le compte-rendu d'une radiographie de la colonne dorsale du 29 décembre 2015 - mentionnant une angulation cyphotique à la hauteur de D8 - et les résultats d'une densitométrie osseuse du 13 janvier 2016 - mentionnant une ostéopénie centrale avec un risque fracturaire augmenté. Contrairement aux allégations de l'intimé, ces rapports n'ont pas été pris en considération par le SMR dans son avis du 12 août 2016 : le médecin du SMR s'est contenté de critiquer l'appréciation du Dr K_____ en alléguant que celui-ci n'amenait aucun élément médical nouveau - alors même que les atteintes ressortant des rapports susmentionnés n'avaient pourtant jamais été décrites lors des précédentes IRM, ni même évoquées par les médecins traitants du recourant ou par le Dr H_____. Il s'agit là, à l'évidence, d'éléments nouveaux, postérieurs au rapport du Dr H_____ et, en tant que tels, ils auraient dû être pris en considération dans la décision querellée. Il en va de même de l'ostéopénie. Tel n'ayant pas été le cas, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur l'état de santé du recourant pour la période postérieure aux expertises.

Au demeurant, un complément sur le plan psychique s'impose également, dans la mesure où le Dr I_____ a considéré, d'une part, que les limitations pouvaient diminuer, voire disparaître suite à l'introduction du traitement psychotrope qui venait alors d'être initié, d'autre part, que si la douleur chronique ne variait pas, la symptomatologie dépressive risquait de se chroniciser.

12. En l'état du dossier, on relèvera que, même si l'instruction complémentaire devait aboutir à la conclusion qu'il n'y a pas eu aggravation depuis les expertises, le degré d'invalidité serait suffisant pour ouvrir droit à des prestations.

a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

b. 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). Il convient par conséquent de procéder à une nouvelle comparaison des revenus chaque fois qu'il est admis qu'un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité est survenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_522/2011 du 8 février 2012 consid. 4.2, notamment). À noter toutefois, dans ce contexte, que l'ESS 2012 n'est pas un motif de révision, car elle ne constitue pas une modification de la situation personnelle de l'assuré (ATF 133 V 545).

b/aa. 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 des 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

b/bb. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'invalidité 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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé»

(ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

b/cc. 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

En ce qui concerne le taux d'abattement sur le salaire statistique, la jurisprudence considère que lorsqu'un assuré est capable de travailler à plein temps, mais avec une diminution de rendement, celle-ci est prise en considération dans la fixation de la capacité de travail et il n'y a pas lieu, en sus, d'effectuer un abattement à ce titre (arrêts 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.2 ; 8C_93/2013 du 16 avril 2013 consid. 5.4 et les références).

c. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

13. a. En l'espèce, le recourant est incapable de travailler depuis le 9 septembre 2010. Il a déposé sa demande de prestations le 20 décembre 2010. Le délai d'attente d'un an a dès lors expiré le 9 septembre 2011. Conformément à la jurisprudence en la matière, la comparaison des revenus doit donc être effectuée en 2011. C'est d'ailleurs cette année que l'OAI a pris en considération dans sa première comparaison des revenus, le 11 juillet 2014.

b. En 2010, le recourant a perçu un revenu annuel de CHF 94'922.- (cf. questionnaire pour l'employeur du 14 janvier 2011), ce qui aurait correspondu, en 2011 (+ 1%), à un revenu sans invalidité de CHF 95'871.-.

c. Le recourant n'a pas repris son activité depuis le dépôt de la demande, de sorte que le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique.

Selon lesdites données statistiques, le revenu mensuel en 2010, pour un homme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) était de CHF 4'901.-, soit un montant annuel de CHF 58'812.-. Comme les salaires standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 h./sem. soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 h./sem. selon les statistiques), ce montant doit être porté à 61'165.- CHF/an.

L'intimé a procédé à un abattement de 10%, qui n'est pas contestable au vu de la situation du recourant, de sorte que le revenu avec invalidité, après abattement, se monte à CHF 55'049.-. À noter que ce taux a également été implicitement retenu dans le mandat de réadaptation, ce qui a permis d'aboutir un degré d'invalidité de 42%.

d. Au vu de ce qui précède, le degré d'invalidité était donc à tout le moins de 43% dès le 1^{er} septembre 2011 ([CHF 95'871.- – CHF 55'049.-] : 95'871.- x 100 = 42.58 %), ce qui ouvre droit à un quart de rente d'invalidité.

Dans la mesure où le calcul du degré d'invalidité en date du 1^{er} septembre 2011 doit être effectué sur la base de l'ESS 2010, il n'y a pas lieu de procéder à une nouvelle comparaison des revenus en prenant en considération les revenus statistiques de l'ESS 2012, publiée en 2014. Procéder de la sorte, comme l'a fait l'intimé, entraîne une modification du degré d'invalidité influençant le droit à la rente sur la base de la seule application de l'ESS 2012 (ATF 142 V 178. consid. 2.5.7 et 2.5.8.1).

14. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Le recourant se voit reconnaître le droit à au moins un quart de rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2011, la cause étant toutefois renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire concernant une éventuelle aggravation postérieure aux appréciations des Drs H_____ et I_____.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 19 août 2016.
4. Dit que le recourant a droit à tout le moins à un quart de rente dès le 1^{er} septembre 2010.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
6. Condamne l'intimé au versement de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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