

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4034/2016

ATAS/736/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 août 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY, Judges assessesurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), d'origine portugaise, né le _____ 1968, est arrivé en Suisse vraisemblablement au début de l'année 2001. Depuis lors, il a travaillé en qualité d'ouvrier agricole (2001 - 2016) et d'agent de nettoyage (2003 - 2005 et 2011 - 2014).
2. Le 8 février 2016, l'assuré a glissé dans des escaliers et est tombé sur le dos.
3. Les premiers soins ont été donnés par le docteur B_____, spécialiste FMH en pédiatrie, lequel a diagnostiqué des contusions lombaires. L'assuré ne pouvait se pencher ou s'accroupir sans ressentir des douleurs. Le traitement a consisté en de la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires de type AINS. En raison de ces atteintes, le médecin précité a attesté d'une incapacité de travail dans l'activité habituelle du 9 février au 18 avril 2016 (rapport du Dr B_____ du 3 mai 2016).
4. L'IRM lombaire pratiquée le 29 mars 2016 a mis en évidence de petites protrusions discales foraminales L3-L4 droite et L4-L5 gauche avec contact radiculaire L3 droit, respectivement L4 gauche (sans signe de conflit disco-radicaire). En revanche, l'IRM précitée n'a pas décelé de fracture vertébrale, d'anomalie ligamentaire post-traumatique ou de listhésis visible, d'hémorragie intracanaire ou périvertébrale.
5. Dès le 18 avril 2016, le suivi a été repris par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans son rapport du 18 mai 2016, ce médecin a évoqué une raideur lombaire mais aucun signe radiculaire. Aux dires de l'assuré, les lombalgies persistaient et aucune activité professionnelle n'était alors possible. Selon le Dr C_____, la capacité de travail était réduite. L'assuré ne parlait pratiquement pas le français et présentait un niveau scolaire minimal.
6. Le 8 juillet 2016, l'assuré a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations en raison d'une atteinte, sans précision, existant depuis le 8 février 2016.
7. Dans son rapport à l'attention de l'OAI daté du 17 août 2016, le Dr C_____ a posé le diagnostic de status six mois post-contusion dorso-lombaire et lombalgies. Le pronostic était réservé compte tenu du contexte professionnel et socio-culturel. Une rente était prématurée et des mesures de réadaptation étaient illusoire. Les tentatives de reprise de l'activité lucrative avaient été un échec vu les douleurs. Le traitement consistait en la prise d'AINS et une reprise du travail était préconisée à titre de thérapie. La capacité de travail dans l'activité habituelle de manœuvre de chantier était nulle depuis le 9 février 2016 compte tenu de son incapacité à pouvoir porter des charges selon les dires de l'assuré. Le médecin précité estimait toutefois que l'activité habituelle pouvait être exercée à 100%, avec dans un premier temps, une reprise à 50%. Le Dr C_____ a renvoyé l'OAI à son confrère, le Docteur D_____, s'agissant de la date à partir de laquelle l'activité professionnelle pouvait être reprise.

8. L'OAI a soumis le dossier de l'assuré à son service médical régional (SMR), lequel s'est prononcé sous la plume de la docteure E_____ dans un avis du 26 août 2016. Les diagnostics retenus étaient ceux de contusions lombaires post-traumatiques et discopathies L3-L4 et L4-L5. La capacité de travail dans toute activité était de 0% du 9 février au 17 août 2016, de 50% du 18 août au 18 (recte 19) septembre et de 100% dès le 20 septembre 2016.
9. Par projet de décision du 23 septembre 2016, confirmé le 2 novembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations, la capacité de travail de l'assuré étant entière dans toutes les activités.
10. Le 23 novembre 2016, l'assuré (ci-après : le recourant), agissant en personne, a interjeté recours contre la décision précitée et y a fait « opposition ». Après avoir brièvement décrit son parcours professionnel et personnel, le recourant a rappelé qu'il souffrait de lombalgies quotidiennes à prédominance vespérale mais qu'il pouvait néanmoins vaquer à ses occupations domestiques sans médication régulière. L'examen clinique avait montré une raideur lombaire modérée, sans signes radiculaires. Quant aux examens paracliniques, ils n'avaient pas montré de lésion post-traumatique susceptible d'expliquer la pérennisation des douleurs neuf mois après l'accident. Il en allait de même après l'accident. Le recourant contestait la position de l'expert (sic !), selon laquelle il ne serait pas motivé à reprendre son activité, la chute du 9 février 2016 étant un prétexte pour abandonner ce travail. Ce point de vue était en contradiction avec les propos de son épouse et de lui-même. En effet, il souhaitait vivement reprendre une activité. Si l'activité d'ouvrier agricole devait raisonnablement être abandonnée, les suggestions de l'expert, lequel avait évoqué les professions de concierge, surveillant de parking, livreur de petits colis, paraissaient peu susceptibles d'aboutir à un contrat de travail au vu de sa formation scolaire minimale et du fait qu'il ne maîtrisait pas le français. La cessation du versement des indemnités journalières par l'assureur-accidents associée à un refus de prestations de l'assurance-invalidité allaient le placer dans une situation financière précaire. À cela s'ajoutait le fait qu'il lui semblait illusoire de pouvoir retrouver un nouvel emploi.

En annexe au recours figuraient notamment les pièces suivantes :

- Un certificat daté du 2 novembre 2016, dans lequel le Dr C_____ a attesté d'une incapacité totale de travailler du 1^{er} octobre au 31 décembre 2016 ;
- Un rapport établi le 17 juin 2016 par le docteur F_____, chef de clinique vraisemblablement à la consultation de rhumatologie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), dans lequel les diagnostics de lombalgies chroniques et de syndrome lombo-vertébral étaient évoqués. Le recourant présentait un fort risque de chronicité associé à un score positif pour des douleurs neuropathiques non retrouvées à l'anamnèse. S'y ajoutait un risque modéré d'anxiété et de dépression. Un traitement de physiothérapie active (étirements, gainage, proprioception et renforcement musculaire) était préconisé. Une amélioration à

moyen et long termes de fonctionnalité et une diminution de l'intensité des crises et de leur fréquence ainsi que de l'intensité des douleurs de fond pouvaient être attendues.

11. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu par écriture du 19 décembre 2016 et a conclu au rejet du recours. À l'appui de sa position, l'office précité a notamment relevé que les facteurs psychosociaux ou socioculturels étaient exclus dans l'évaluation de l'invalidité. Par ailleurs, chaque assuré devait faire ce qui pouvait être raisonnablement exigible de lui pour diminuer les conséquences de son invalidité. Le fait qu'une personne ne pouvait pas mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle pour des raisons étrangères à l'invalidité (âge, formation insuffisante, difficultés linguistiques) ne relevait pas de l'assurance-invalidité, dès lors qu'il s'agissait de facteurs qui n'étaient pas liés à l'invalidité en tant que telle. L'assurance-invalidité n'était donc pas tenue d'intervenir. Cela étant précisé, l'intimé a relevé que le dossier avait été soumis au SMR qui avait considéré, dans un avis du 7 décembre 2016, que le certificat du Dr C_____ n'apportait aucune information sur les causes de l'incapacité de travail. Quant au Dr F_____, il faisait une description très rassurante de l'état de santé du recourant. En tout état, pour pouvoir prétendre à une rente minimum, le recourant devait présenter une incapacité de gain durable de 40% au moins à l'expiration du délai de carence. Or tel n'était pas le cas. Partant, un droit à la rente ne pouvait valablement naître.

En annexe figurait l'avis du SMR du 7 décembre 2016, dans lequel le docteur G_____, médecin praticien, a considéré que les pièces transmises par le recourant ne faisaient que confirmer l'absence de sévérité des atteintes lombaires, de sorte qu'il convenait de s'en tenir aux précédentes conclusions.

12. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 25 septembre 2017.

À cette occasion, la chambre de céans a sollicité des explications quant à la personne de l'expert mentionné dans le recours du 23 novembre 2016, dès lors que le dossier produit ne comportait aucun document se référant à une expertise.

À ce propos, l'OAI a expliqué que l'assureur-accidents lui avait fait suivre, à sa demande, un rapport d'expertise établi par le docteur H_____ et daté du 7 septembre 2016. Ce document avait été soumis au SMR qui s'était prononcé à son sujet dans un avis du 25 septembre 2017.

Ces deux pièces ont été versées à la procédure au début de l'audience de comparution personnelle (voir ch. 13 ci-dessous).

Ce point ayant été précisé, le recourant a expliqué qu'il était au chômage depuis que l'assureur perte de gain (*recte* assureur-accidents) avait mis fin à ses prestations en décembre 2016. Il n'avait toutefois perçu des indemnités qu'à compter de février 2017. L'assurance-chômage lui avait demandé de suivre un cours de français qui avait duré trois mois. Il avait eu beaucoup de peine car il devait travailler sur la base d'un support informatique. Or, il ne connaissait pas le maniement de l'ordinateur. Les conseillers avaient alors estimé qu'il n'était pas possible

d'apprendre à utiliser un ordinateur et à parler le français en trois mois. Il était à nouveau inscrit à un cours de français depuis deux à trois semaines. Toutefois, comme il avait les jambes et les pieds gonflés et qu'il n'arrivait pas à marcher, il ne s'y était pas rendu. Il avait acheté des bas de contention et prenait des médicaments. Il était vrai qu'il avait dit au Dr I_____, à Lausanne, qu'il voulait retrouver un emploi, mais que c'était compliqué, parce que, souffrant du dos, il n'arrivait pas à faire des mouvements et n'avait pas assez de force. Le médecin en question prétendait qu'il pourrait faire de la conciergerie ou de la surveillance de parking, mais cela n'était pas possible étant donné qu'il ne pouvait pas rester longtemps debout et marcher. Il souhaitait que l'assurance-invalidité lui verse une rente. Il y avait un peu plus d'un an, il avait consulté le docteur J_____ à une reprise. Il ne l'avait plus revu jusqu'à récemment. Depuis lors, il l'avait vu les 12 septembre et 12 octobre 2017. Il était retourné le consulter sur indication de la doctoresse K_____, du Centre médical du Léman. Quant au Dr C_____, il l'avait vu pour la dernière fois en juillet 2017. C'était lui qui l'avait envoyé chez la Dresse K_____ qui l'avait ensuite adressé au Dr J_____. Enfin, il avait également consulté le Dr C_____ au mois de décembre 2016.

Également entendue à cette occasion, l'épouse du recourant a expliqué que son époux n'avait pas consulté de médecin entre décembre 2016 et juillet 2017.

L'intimé a, quant à lui, relevé que le certificat du Dr C_____ attestant d'un arrêt de travail à 100% du 1^{er} octobre au 31 décembre 2016, n'était pas motivé. Par ailleurs, selon le SMR, le rapport du Dr I_____ confortait l'appréciation du SMR du 26 août 2017 (recte 2016) qui se fondait notamment sur le rapport médical du Dr C_____ du 17 août 2016 et l'IRM du 29 mars 2016.

13. Comme indiqué précédemment, lors de l'audience de comparution personnelle, l'intimé a produit les pièces suivantes :
- Un rapport du docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 7 septembre 2016, dans lequel ce médecin, mandaté par l'assurance-accidents, a posé les diagnostics de lombalgies chroniques sur discret état dégénératif de la colonne lombaire et surcharge pondérale. Dans la mesure où l'assuré présentait une excellente musculature et que les troubles dégénératifs étaient modérés, il était étonnant qu'il reste aussi plaintif et s'estime incapable d'effectuer des efforts. L'assuré était fixé sur l'accident du 8 février 2016, qu'il tenait pour responsable de ses douleurs et de son incapacité de travail. Il était difficile de lui faire admettre que la chute banale précitée n'avait pas provoqué de lésion traumatique objectivable. Il travaillait depuis 15 ans en tant qu'ouvrier agricole et l'expert pensait qu'il était fatigué et non motivé à reprendre cette activité. La chute de février 2016 constituait ainsi un prétexte pour abandonner son activité habituelle. Il existait par ailleurs une discordance entre l'examen clinique du 6 septembre 2016, les résultats de l'IRM du 29 mars 2016 et les plaintes douloureuses totalement invalidantes. Cela étant, le Dr I_____ n'excluait pas une symptomatologie douloureuse due aux troubles dégénératifs et accentuée

par les efforts. Le recourant devait rapidement reprendre une activité professionnelle quelconque afin d'éviter une chronicisation de l'incapacité totale de travailler, qui ne se justifiait au demeurant pas. Cela étant, l'activité d'ouvrier agricole devait être abandonnée définitivement. Toutefois, dans une activité adaptée et allégée, telle qu'un travail de concierge dans un petit immeuble, de surveillant de parking, de livreur de petits colis, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement.

- L'avis du SMR du 25 septembre 2017, dans lequel la doctoresse L_____, spécialiste FMH en médecine interne, a considéré que l'appréciation du Dr I_____ confortait celle du SMR du 26 août 2017 (recte 2016), à savoir qu'une incapacité de travail prolongée n'était pas justifiée. Ainsi, l'expertise n'était pas susceptible de modifier son appréciation de la capacité de travail mais confortait au contraire les conclusions du SMR.

14. Le Dr C_____ a été entendu lors d'une audience qui s'est tenue le 29 janvier 2018. À cette occasion, il a expliqué qu'à compter du 18 avril 2016, il avait suivi le recourant sur le plan thérapeutique pendant six à dix mois. Il l'avait à nouveau vu deux semaines auparavant, dans la perspective de l'audience. Il l'avait alors brièvement examiné. Cela ne s'intégrait toutefois pas dans le cadre d'un suivi, dans la mesure où plus aucun traitement n'était en cours. Le traitement qui avait eu lieu depuis l'événement de février 2016 avait été extrêmement simple puisqu'il ne consistait que dans la prescription d'AINS et de physiothérapie, de sorte que selon lui, c'était au maximum au début de l'année 2017 que tout traitement avait cessé.

Lors de la rédaction du rapport du 17 août 2016, six mois s'étaient passés depuis l'accident et la contusion. C'est pourquoi, il avait indiqué, au début de ce rapport, que le pronostic était prématuré. Lorsqu'il avait répondu par l'affirmative à la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle, il parlait de l'idée, à l'époque, que le recourant pourrait à terme reprendre normalement son travail, raison pour laquelle il n'avait pas rempli l'annexe au formulaire qui décrivait le type d'activités encore exigibles.

La reprise d'une activité paraissait toutefois théorique au vu du contexte social ou socio-économique de l'intéressé, qui mésestimait selon lui, la difficulté à retrouver un emploi au vu de sa piètre maîtrise du français. Lorsque la moindre activité était évoquée avec le recourant, celui-ci s'empressait de mettre en avant ses douleurs et l'impossibilité d'exercer l'activité proposée.

Le Dr C_____ partageait l'appréciation du Dr F_____ décrite dans le rapport de consultation du 17 juin 2016, sous réserve toutefois de la difficulté omniprésente avec ce patient qui était celle de la compréhension. Le traitement physiothérapeutique préconisé supposait non seulement des exercices physiques, mais également une compréhension de ce qui était attendu. À sa connaissance, la mise en place de cette physiothérapie active n'avait jamais eu lieu. L'assuré était

quelqu'un de particulièrement passif qui ne persévérerait pas dans ce qu'il entreprenait.

Le médecin précité partageait également les conclusions du Dr I_____, notamment lorsqu'il relevait une discordance entre l'examen clinique et les résultats de l'IRM du 29 mars 2016, d'une part, et les plaintes douloureuses actuelles du patient, qui seraient selon lui totalement invalidantes. Toutes les activités proposées par l'expert (concierge dans un petit immeuble, surveillant de parking, ou livreur de petits colis par exemple), étaient compatibles avec l'état de santé de l'assuré sur le plan strictement médical.

Il avait établi, en date du 2 novembre 2016, un arrêt de travail à 100% du 1^{er} octobre au 31 décembre 2016, pour « aider » le recourant, dans un contexte où à l'époque, sauf erreur, l'assurance-accident avait suspendu ou mis fin à ses prestations, où son couple vivait sur les seuls modestes revenus de l'épouse, et où l'assurance chômage avait refusé de servir des prestations pour des motifs administratifs compliqués.

En résumé, la capacité de travail du recourant était entière et sans diminution de rendement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de flexion du tronc en avant, et pas de mouvements répétitifs. Une activité légère, permettant le changement de positions régulier, était en revanche adaptée. L'activité habituelle d'ouvrier agricole devait, quant à elle, être écartée dès lors qu'elle impliquait la sollicitation du dos notamment. L'état de santé du recourant était stabilisé et stationnaire en tous cas depuis l'expertise du Dr I_____, voire même un peu avant.

Pour sa part, le recourant a rappelé qu'il souhaiterait reprendre un travail, mais qu'il estimait que sa situation ne le permettait absolument pas, compte tenu de ses douleurs. Cela étant, il s'estimait capable d'une activité de surveillant ou n'importe quelle activité qui ne nécessite pas l'usage de la force.

15. Le 12 février 2018, l'intimé a produit ses observations suite à l'audition du Dr C_____. Après avoir résumé l'avis du SMR produit en annexe, l'office précité a considéré que ni les conclusions du rapport d'expertise du Dr I_____ ni celles du Dr C_____ n'étaient susceptibles de modifier son appréciation, étant rappelé que ces deux médecins signalaient des discordances entre l'examen clinique, l'imagerie et les plaintes du recourant. Par ailleurs, le Dr C_____ ne fournissait aucun élément critique objectif permettant d'expliquer sa nouvelle estimation de la capacité de travail. Dans ces circonstances, l'intimé persistait dans ses conclusions en rejet du recours et en confirmation de la décision attaquée.

En annexe figurait l'avis du SMR du 12 février 2018, dont il ressort que la Dresse L_____ ne comprenait pas pour quels motifs le Dr C_____ avait modifié ses conclusions lors de son audition. En effet, dans un premier temps, il avait considéré, six mois après l'accident, que l'activité habituelle était encore possible à terme. Partant, le médecin du SMR était d'avis que le Dr C_____ n'avait fourni

aucun élément clinique objectif susceptible de modifier les précédentes conclusions.

16. Les observations de l'OAI ont été transmises au recourant, qui ne s'est pas prononcé à leur propos.
17. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Concrètement, la question à laquelle la chambre de céans doit répondre est celle de savoir si, au jour de la décision querellée, l'intimé était fondé à refuser le droit du recourant à une rente d'invalidité et à rejeter la demande.
5. En premier lieu, il convient d'examiner si le recourant a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% pendant une année sans interruption notable.
 - a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les

conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

b. Selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, l'assuré ne peut prétendre à une rente que s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, portant spécifiquement sur les prestations de rente, le droit à la rente prend toutefois naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (arrêt 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 et la référence citée). En outre, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

b/aa. Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20% étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (Pratique VSI 1998 p. 126).

On est en présence d'une interruption notable du délai d'attente lorsque l'assuré a exercé une activité à plein temps pendant au moins 30 jours consécutifs (art. 29ter RAI). L'interruption a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir (ch. 2014 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI]).

Le délai d'attente de l'art. 28 al. 1 let. b LAI est une condition matérielle du droit à la rente et celui de l'art. 29 al. 1 LAI est un délai de nature procédurale, un délai de carence formelle (ATF 142 V 547 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_544/2016 et 8C_568/2016 du 28 novembre 2016 consid. 4.1).

b/bb. L'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let b LAI est définie comme la perte fonctionnelle, due à une atteinte à la santé, de la capacité de rendement de l'assuré dans sa profession ou dans son champ d'activité habituel. Dans ce contexte, il n'y a pas lieu de se référer à l'ensemble du marché du travail et au devoir de l'assuré de réduire le dommage. Il convient uniquement de retenir la baisse de rendement dans la profession exercée auparavant, qui a donné lieu, sur la base des constatations médicales, à l'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI. En d'autres termes, l'incapacité de travail au sens de la disposition précitée correspond, chez les personnes exerçant une activité lucrative, aux empêchements médicalement constatés dans la profession exercée jusqu'alors (ATF 130 V 97 consid. 3.2 ; voir également VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), 2011, n° 2025, p. 535 et 536).

c. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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.

b/aa. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se

distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

b/bb. 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).

7. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170

p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

8. a. En l'espèce, selon le bref rapport du Dr C_____ du 17 août 2016, la chute dans les escaliers s'est produite le 8 février 2016 et le recourant serait en incapacité de travail totale dans son activité habituelle depuis le 9 février 2016. Le délai d'attente d'un an ne pouvait ainsi expirer avant le 9 février 2017. L'OAI a toutefois rendu la décision querellée le 23 novembre 2016, soit avant l'expiration dudit délai. À cette date, le recourant ne remplissait à l'évidence pas la condition matérielle d'une incapacité de travail de 40% sans interruption notable pendant un an, dès lors qu'il ne présentait que neuf mois et demi d'incapacité de travail depuis l'accident, le délai d'attente d'un an n'étant pas encore expiré.

En d'autres termes, à la date de la décision querellée, le cas d'assurance n'était pas encore survenu et on peut se demander si la décision de l'OAI n'était pas prématurée, de sorte qu'il conviendrait de l'annuler pour ce motif déjà.

La chambre de céans est toutefois d'avis qu'une décision de l'OAI peut intervenir avant l'expiration du délai de carence s'il est patent que le délai d'attente a été interrompu au sens de l'art. 29ter RAI, l'assuré ayant recouvré une capacité de travail dans sa profession ou dans son domaine d'activité. Attendre l'expiration du délai de carence dans un tel cas irait à l'encontre des principes de célérité et d'économie de procédure.

Il convient donc d'examiner si, dans le cas d'espèce, le recourant présentait une incapacité de travail suffisamment importante pour faire courir le délai de carence d'un an. Dans l'affirmative, la décision querellée devrait être annulée car prématurée.

b. Si le Dr C_____, le Dr I_____ et les médecins du SMR s'accordent à dire qu'une capacité de travail entière existe dans une activité adaptée, une divergence les oppose quant à la capacité de travail dans l'activité habituelle, le SMR semblant considérer que celle-ci est encore exigible, au contraire des Drs C_____ et I_____ qui estiment qu'elle doit être abandonnée.

Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces différents rapports médicaux.

b/aa. À titre liminaire, il sied de relever que les avis du SMR des 26 août 2016, 25 septembre 2017 et 12 février 2018 constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI précité et qu'ils ont pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier. Ils ne peuvent comporter des conclusions nouvelles. En tant qu'ils portent une appréciation sur la situation médicale du recourant compte tenu,

essentiellement, des conclusions des Drs I_____ et C_____, il convient d'examiner la valeur probante de ces rapports et, cela fait, la cohérence des avis du SMR.

b/bb. Les avis du SMR du 26 août 2016 et 12 février 2018 se prononcent sur le rapport du Dr C_____ du 17 août 2016 et l'audition de ce même médecin.

Dans le rapport précité, le médecin traitant a expliqué que les questions relatives à la rente et aux mesures d'ordre professionnel étaient prématurées, dès lors que seuls six mois s'étaient passés depuis l'accident assuré. Il a également considéré que le recourant était capable de reprendre son activité habituelle, à un taux de 50% dans un premier temps, puis à 100%. Lors de son audition, le 29 janvier 2018, le Dr C_____ a expliqué qu'en août 2016, il partait de l'idée qu'à terme, le recourant pourrait reprendre normalement son activité. Toutefois, dès lors que le rapport avait été établi à six mois post-contusion, il avait précisé, au début du rapport, que le pronostic était prématuré. Il pensait alors que son patient guérirait mais la situation n'avait pas évolué comme il l'imaginait, raison pour laquelle il avait modifié ses conclusions, considérant désormais que l'activité habituelle n'était plus exigible, le dos étant trop sollicité.

Force est ainsi de constater que l'avis du SMR du 26 août 2016 se fondait sur un rapport dans lequel le médecin avait précisé à plusieurs reprises que ses conclusions étaient prématurées. Les mesures de réadaptation étaient illusoires et la rente était prématurée. Par ailleurs, le Dr C_____ ne s'était pas prononcé expressément sur la question de la reprise de l'activité professionnelle et avait renvoyé au Dr D_____ à ce propos.

Dans ces circonstances, on ne peut considérer que le Dr C_____ s'est prononcé, de manière convaincante, sur la reprise de l'activité habituelle. En effet, s'il a bien retenu une capacité de travail dans l'activité habituelle, il ne se prononçait pas sur la date de la reprise de l'activité en question, renvoyant l'OAI au Dr D_____. Il n'a pas non plus évoqué de « calendrier » s'agissant d'une reprise progressive de l'activité professionnelle. Par ailleurs, à plusieurs reprises, le médecin précité a considéré que les questions étaient prématurées.

Par conséquent, en retenant, dans son avis du 26 août 2016, une capacité entière de travail dans l'activité et en fixant la reprise à 50% du 18 août au 19 septembre 2016 et à 100% dès le 20 septembre 2016, le SMR a pris des conclusions nouvelles, outrepassant les fonctions qui lui étaient attribuées.

b/cc. En annexe à sa réponse, l'OAI a produit un avis du SMR portant sur les pièces produites par le recourant lors de son recours. Dans la mesure où cet avis - et les pièces sur lesquelles il porte - ne se prononcent pas de manière convaincante sur la capacité de travail, ils ne sont pas pertinents.

b/dd. En cours de procédure, l'intimé a également produit un avis du SMR daté du 25 septembre 2017, lequel se prononçait sur le rapport du Dr I_____ du 7 septembre 2016. Si le rapport du médecin mandaté par l'assureur-accidents

respecte certes plusieurs critères en matière de valeur probante, ses conclusions ne sont pas convaincantes. En effet, le médecin précité considère que l'activité habituelle ne peut plus être exigée du recourant en raison de l'absence de volonté de celui-ci (« l'assuré travaille depuis 15 ans en tant qu'ouvrier agricole. À mon avis, il est fatigué et n'est pas motivé à reprendre cette activité. La chute du 9 février 2016 constitue un prétexte pour abandonner ce travail. (...) L'activité d'ouvrier agricole doit être abandonnée définitivement. Après sept mois de traitements conservateurs, l'assuré est toujours plaintif et, visiblement, [l'assuré] ne veut pas reprendre son travail d'ouvrier agricole »). Or, le manque de volonté ne constitue pas un motif à prendre en considération lors de l'examen de l'exigibilité de l'activité habituelle.

Cela étant, dans ce même rapport, le Dr I_____ évoque une invalidité exagérée (« l'invalidité que présente [l'assuré] est exagérée au vu de l'examen clinique et du résultat de l'IRM »), ce qui sous-entend qu'elle existe mais à un degré moindre. Par ailleurs, le médecin précité n'exclut pas l'existence d'une symptomatologie douloureuse de la colonne lombaire liée aux phénomènes dégénératifs, laquelle pourrait être accentuée par les efforts (« sans rejeter l'existence d'une symptomatologie douloureuse de la colonne lombaire liée aux phénomènes dégénératifs, cette symptomatologie peut être accentuée par les efforts »). En d'autres termes, quand bien même l'invalidité présentée par le recourant est exagérée, le Dr I_____ admet que les troubles dégénératifs pourraient expliquer les douleurs, qui pourraient, quant à elles, être accentuées par les efforts fournis. Il n'a cependant pas examiné plus avant cette problématique.

Ce rapport n'est ainsi pas doté d'une pleine valeur probante. Au demeurant, le SMR en est bien conscient, dès lors qu'il s'est écarté des conclusions s'agissant de l'exigibilité de l'activité habituelle.

c. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans ne contient aucun rapport se prononçant de manière convaincante sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle. De plus, dans la mesure où ils se fondent sur des rapports non probants et qu'ils comprennent des conclusions nouvelles, les avis du SMR ne sauraient pas non plus être suivis.

Certes, tous les médecins s'accordent à retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. On pourrait donc être tenté de laisser ouverte la question de la capacité de travail dans l'activité habituelle et de calculer le degré d'invalidité en retenant une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Toutefois, cet aspect n'a jamais été abordé par l'intimé, que ce soit lors de l'instruction de la demande ou dans la présente procédure. La chambre de céans procéderait ainsi par substitution de motifs et dès lors que le recourant n'est pas représenté, elle pourrait se voir reprocher de ne pas respecter scrupuleusement son droit d'être entendu en faisant fi du principe du double degré d'instance voulu par le législateur en matière d'assurances sociales, principe ayant trait à la possibilité pour les citoyens de faire

valoir leurs arguments devant deux autorités successives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_975/2011 du 22 février 2012 consid. 3.2).

9. Au vu de ce qui précède, il s'impose d'admettre le recours, d'annuler la décision du 2 novembre 2016, et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il procède à une instruction complémentaire sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou le calcul du degré d'invalidité compte tenu d'une capacité de travail dans une activité adaptée. À l'issue de cette instruction, il appartiendra à l'intimé de rendre une décision formelle et dûment motivée sur le fond.

Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} 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 et annule la décision du 2 novembre 2016.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
5. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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