

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4355/2016

ATAS/1197/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 décembre 2018**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CARTIGNY, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, juges assesseurs.**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1965, a une formation de mécanicien de précision sans certification et a travaillé comme mécanicien, régléur sur presse, régléur CNC, facteur, trieur de nuit et chauffeur-livreur, dernière activité cessée en septembre 2003.
2. Selon l'extrait du compte individuel (CI) de l'assuré de la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : CCGC), celui-ci a travaillé notamment pour B\_\_\_\_\_ S.A. de 1989 à 1997 ; pour un revenu annuel oscillant entre CHF 45'893.- et CHF 54'289.-, et pour la Poste de 1999 à 2002 pour un revenu annuel oscillant entre CHF 49'522.- et CHF 49'947.-.
3. L'assuré a été opéré le 2 février 2003 (infarctus veineux grêle sur bride épiloïque).
4. Il a séjourné dans le département de chirurgie des HUG :
  - Du 3 au 20 janvier 2006 pour une pancréatite d'origine chimique.
  - Du 24 août au 22 septembre 2008 en raison d'un abcès sous-cutané de la mi-jambe gauche (opérations pratiquées les 24 août et 8 septembre 2008).
  - Du 21 décembre au 26 décembre 2008 pour une entorse grave du genou gauche.
  - Du 9 au 14 avril 2014 pour des douleurs au genou gauche, opéré le 9 avril 2014 (excision exostose épicondyle latéral et réinsertion LLE et tendon poplité).
5. Une IRM du genou du 22 décembre 2008 a conclu à une rupture interstitielle du ligament croisé antérieur, associée à une fracture de Segond. Fracture du condyle fémoral interne dans le plan coronal, avec zones de contusions osseuses au niveau du plateau tibial externe. Présence d'une importante hémarthrose. Présence d'une fracture non déplacée fibulaire. Chondropathie fémoro-tibiale prédominant dans le compartiment interne, chondropathie fémoro-patellaire avec probable fragment libre au niveau du récessus articulaire. Arrachement osseux à l'insertion du LLE.
6. Une IRM cérébrale et cervicale avec angio-IRM des artères intracrâniennes du 15 juillet 2013 a conclu à une atrophie cortico-sous-corticale à l'étage sous-tentorial, avec prédominance de l'atrophie corticale au niveau vermien. Discrètes altérations de la substance blanche à l'étage sus-tentorial, d'aspect non spécifique, pouvant éventuellement rentrer dans le cadre d'une très discrète leuco-encéphalopathie de type vasculaire, à corrélérer à une recherche de facteur de risques. Rectitude et discret rétrécissement constitutionnel du canal cervical. Cervico-discarthrose étagée de C3-C4 à C6-C7 prédominant en C4-C5 et C5-C6, responsable à ces deux niveaux d'un important rétrécissement des trous de conjugaison pouvant être à l'origine d'une irritation radiculaire C5 ou C6 bilatérale.
7. Une IRM lombaire du 22 juillet 2013 a conclu à une minime discopathie L4-L5 sans image de conflit disco-radriculaire, Discrète arthrose interfacettaire bilatérale étagée et une IRM du même jour du genou gauche à une ébauche de remaniements dégénératifs du compartiment fémoro-tibial interne. Important épanchement

articulaire comblant la bourse sous-quadriceps. Apposition osseuse sur le versant latéral du condyle fémoral externe, dont l'aspect évoque plutôt une exostose qu'une séquelle traumatique. Compte tenu de la présence d'une irrégularité de la corticale à ce niveau, un complément d'investigation par IRM paraissait indiqué.

8. Une IRM du genou gauche du 29 juillet 2013 a conclu à une gonarthrose tricompartmentale discrète avec une chondropathie focale de grade II à III sur le versant latéral du patella et de grade IV sur le versant tibial externe. Exostose au niveau du condyle fémoral externe de 7 mm de diamètre horizontal avec une coiffe cartilagineuse minime, régulière d'aspect banal sans anomalie de signal, refoulant la bandelette ilio-tibiale de manière discrète sans anomalie de signal suspecte décelée. Amputation du bord libre du segment moyen des deux ménisques avec une subluxation des deux ménisques résiduels. Nodule très probablement cartilagineux libre intra-articulaire au niveau du récessus supra-patellaire latéral de 6 mm de diamètre.
9. Une échographie de l'épaule droite du 30 octobre 2014 a conclu à une atteinte du tendon supra-spinatus, une discrète bursite sous-accromio réactionnelle et une atteinte dégénérative accromio-claviculaire.
10. Le 9 décembre 2014, le docteur C\_\_\_\_\_, FMH orthopédie et traumatologie a attesté d'une petite zone de déchirure partielle du tendon sus-épineux, sans indication opératoire.
11. Des radiographies de la jambe droite du 2 juillet 2015 ont montré une fracture sous-capitale de la fibula proximale avec discrète translation latérale sans angulation, suite à un accident, ayant nécessité une immobilisation avec attelle (rapport de la clinique et permanence d'Onex du 24 janvier 2018).
12. L'assuré a déposé le 9 décembre 2015 une demande de prestations d'invalidité.
13. Selon une note téléphonique de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) du 15 janvier 2016, le docteur D\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, à qui le SMR avait demandé des renseignements médicaux, a indiqué qu'il n'avait pas vu l'assuré depuis fin 2014.
14. À la demande de l'OAI, le docteur E\_\_\_\_\_, FMH médecine générale-gériatrie, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis le 5 février 2016 à la suite du départ de Genève du Dr D\_\_\_\_\_. Il ne pouvait se prononcer sur le caractère incapacitant des affections et une expertise serait adéquate.
15. Le 1<sup>er</sup> mars 2016, la docteure F\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué qu'une expertise était nécessaire et par communication du 2 mars 2016, l'OAI a informé l'assuré qu'il désignait le docteur G\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, à cette fin.
16. Le 8 juillet 2016, le Dr G\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise, suite à un examen de l'assuré du 6 juillet 2016. L'assuré se plaignait de paresthésies à type de décharge électrique lorsqu'il tournait la tête, survenant de temps en temps, sans

autre plainte, sauf qu'il devait diminuer sa consommation d'alcool, de tabac et de nourriture ; l'assuré disait souhaiter une rente pour améliorer son quotidien.

Une formule sanguine et une spirométrie ont été demandées par l'expert. Il a posé les diagnostics suivants : avec répercussions sur la capacité de travail : gonarthrose gauche débutante, cervicarthrose étagée prédominante en C4-C5 et C5-C6 et sans répercussion sur la capacité de travail : syndrome de dépendance à l'alcool ; utilisation continue (F10.24), BPCO modéré de stade II sur tabagisme chronique, tendinite du sus-épineux à droite, surcharge pondérale.

En 2006 vraisemblablement, l'assuré avait présenté un iléus sur bride épiploïque compliqué d'une nécrose du grêle, imposant une résection anamnestiquement de 1,8 mètre, cependant sans syndrome de malabsorption, sans diarrhée, sans syndrome de l'anse grêle. Il était asymptomatique depuis lors.

L'examen clinique objectivait une discrète limitation du rachis cervical à peine douloureuse et sans contracture notable. Le status neurologique n'évoquait pas un syndrome radiculaire ou plexulaire aux membres supérieurs. Il n'y avait pas de perte de force ou plutôt la perte de force en hauteur apparaissait devoir être mise sur le compte d'une tendinite du sus-épineux droit avec arc douloureux et manœuvre de provocation suggestive. Ce conflit restait modeste, sans argument clinique évident pour une rupture. Il n'y avait pas de schéma capsulaire non plus. Cette tendinite n'était pas annoncée limitative dans ses activités de la vie quotidienne.

À l'étagage lombaire, on notait une mobilité conservée, sans syndrome lombovertébral et sans signe irritatif radiculaire.

Concernant l'intoxication chronique à l'alcool, l'état général était conservé chez l'assuré athlétique, présentant un fort foetor. La vigilance était normale et la collaboration était excellente. Il n'y avait pas de troubles cognitifs majeures ou une symptomatologie anxieuse ou dépressive. L'assuré se plaisait à reconnaître ses compétences dans divers domaines, notamment en qualité de mécanicien sur avion de chasse, activité qu'il poursuivait jusqu'à actuellement. Il confirmait qu'il était encore apte à exécuter un check up complet d'un Mirage 3DS il y avait encore quinze jours, protocolant son travail sur plus de 160 items différents. Il ne faisait allusion à aucune baisse de performance cognitive.

Pour toutes ces raisons, il était renoncé à demander un examen neuropsychologique. Sur le plan neurologique, il n'y avait pas d'argument pour une atteinte centrale. Il n'annonçait pas de syndrome de sevrage et n'avait jamais présenté de comitialité. L'examen clinique ne montrait pas d'ataxie ou de dysmétrie, ni d'ailleurs d'argument en faveur d'une polyneuropathie significative des membres inférieurs. Les examens de laboratoires étaient impeccables, sans arguments pour une hépatopathie. Une fonction respiratoire montrait un abaissement du VEMS à 1.9 L soit 57 % de la valeur théorique, correspondant à une BPCO de stade II. Ceci ne l'empêchait pas d'effectuer de lourds travaux de bucheronnage.

Enfin, il présentait un status après arthrotomie du genou gauche pour des raisons non connues en 2005. Depuis lors, l'évolution était favorable. Il ne se plaignait pas de gonalgies mais supportait mal le travail en position à genoux. On constatait que l'accroupissement était complet, qu'il n'y avait pas de boiterie et qu'il n'y avait pas d'amyotrophie. Le genou gauche était très discrètement tuméfié avec une réduction discrète de la mobilité, sans instabilité. La recherche des signes méniscaux était négative. Il s'agissait là probablement d'une gonarthrose débutante.

Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : limitation du port de charges les bras tenus au-dessus de l'horizontale des épaules, pas de travaux en position accroupie ou en genuflexion, pas de travaux en flexion antérieure de la nuque prolongée. Dans la dernière activité de chauffeur-livreur, il n'y avait plus de capacité de travail étant donné le retrait de permis. Dans une activité de mécanicien-tourneur de précision et de conducteur CNC, la capacité de travail était complète. Dans une activité adaptée la capacité de travail avait toujours été complète.

La description des activités quotidiennes montrait qu'il était capable d'effectuer toutes les tâches sans difficulté. Il montait au sommet des arbres, élaguait sans aucun système de sécurité, sans baudrier. Il ne portait pas de casque ; il bucheronnait et effectuait divers travaux de jardinage et d'entretien, sans rapporter de limitation.

Il n'y avait pas de réelle atteinte à la santé constatée.

17. Le 4 octobre 2016, le docteur H\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ était convaincante et la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité adaptée.
18. Par projet de décision du 17 octobre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré au vu de l'avis du SMR du 4 octobre 2016.
19. Par décision du 28 novembre 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations.
20. Le 12 décembre 2016, l'assuré a fait « opposition » à la décision précitée en faisant valoir que le médecin-conseil n'avait pas consulté son dossier, ni ses médecins et n'avait fait aucune recherche sur son état de santé, hormis une prise de sang et une discussion d'environ une heure et demie ; il souhaitait un vrai examen médical.
21. Le 26 décembre 2016, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 12 décembre 2016 en faisant valoir les mêmes motifs que ceux exposés dans son opposition.
22. Le 30 janvier 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ était probante.
23. Le 23 mars 2017, l'assuré, représenté par un avocat, a observé qu'il était en train de réunir des éléments médicaux et requérait un délai supplémentaire pour se déterminer.

---

24. Le 24 avril 2017, l'assuré a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ car celui-ci n'avait pas tenu compte de ses plaintes, soit des douleurs cervicales et lombaires chroniques, des blocages à l'effort, des douleurs à l'effort et en position assise ; le Dr G\_\_\_\_\_ avait minimisé l'atteinte au rachis cervical et n'avait pas tenu compte des radiographies et arthrographie de 2014.

Enfin, un chirurgien orthopédique ou un neurochirurgien devait se prononcer, le Dr G\_\_\_\_\_ n'ayant pas les compétences suffisantes ; il sollicitait son audition et une expertise judiciaire confiée à un chirurgien orthopédique ou un neurochirurgien.

Il a annexé :

- un rapport de radiographie du rachis cervical du 30 octobre 2014 adressé au Dr D\_\_\_\_\_ pour une indication de syndrome cervico-radicaire, recherche de compression de la racine C7 droite, bilan et concluant comme suit : « la radiographie du jour ne montre pas de signes de tassement des corps vertébraux. Les murs postérieurs gardent une hauteur normale et sont bien alignés. Toute discrète étroitesse congénitale du canal rachidien cervical à la hauteur de C4, par brévitité congénitale des lames. Altération dégénérative aux niveaux C4-C5, C5-C6 avec pincement des disques et ostéophytose des limitantes somatiques. Également uncarthrose bilatérale aux mêmes niveaux. Les articulations inter-apophysaires postérieures ne montrent pas de signe d'atteinte dégénérative. Les tissus mous péri-rachidiens ne montrent pas d'altération visible. Absence de calcification ou de tuméfaction locale ».
- Un rapport d'arthro-IRM de l'épaule droite du 4 décembre 2014 adressé au Dr D\_\_\_\_\_ concluant à une « confirmation d'une déchirure partielle du tendon supra-spinatus localisé au niveau de sa partie pré-insertionnelle (tiers moyentiers postérieur). La déchirure intéresse d'une manière prédominante la partie bursale du tendon. Elle est jugée à environ 10 mm de taille maximale. Le muscle supra-spinatus est normal, sans signe d'hypotrophie, infiltration graisseuse. Tendon sub-scapulaire continu d'aspect habituel sans signe d'anomalie décelable. Muscle normal. Tendons et muscles postérieurs sans particularité. Tendon long chef du biceps en place dans la gouttière d'aspect et de taille normale. Pas de signe de lésion SLAP au niveau de son insertion sur le bourrelet glénoïdien supérieur. Articulation gléno-humérale ne montrant pas d'altération visible. Absence d'anomalie du cartilage ou de l'os sous-chondral. Bourrelet glénoïdien normal. Absence de végétation synoviale ou de corps libre articulaire. Le plan osseux est normal sans signe d'anomalie. Nous retrouvons seulement des petites érosions banales de la partie postérieure de la grande tubérosité humérale. Glène normale. Articulation acromio-claviculaire montrant une discrète atteinte dégénérative avec des signes de surcharge mécanique de la partie latérale de la clavicule sous la forme d'une plage d'œdème de la moelle osseuse. Les autres structures analysables à l'IRM du jour ne montrent pas d'altération visible ».

25. Le 18 mai 2017, le docteur I\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que les radiographies du rachis cervical ne montraient que les atteintes dégénératives déjà connues et ne permettaient pas de se faire une idée de la sévérité des conséquences éventuelles ; il n'y avait aucune corrélation entre les images radiologiques et les répercussions cliniques éventuelles ; de même, l'arthro-IRM montrait une déchirure tendineuse au niveau de la coiffe des rotateurs droite. Mais cela ne signifiait nullement des conséquences cliniques éventuelles. Le Dr G\_\_\_\_\_, lors de son expertise, avait examiné la colonne cervicale et l'épaule droite et parfaitement tenu compte des limitations entraînées par ces atteintes ; les nouveaux documents ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions précédentes.
26. Le 18 mai 2017, l'OAI a considéré qu'un expert en médecine interne était à même de se prononcer sur les atteintes de l'assuré et a maintenu ses conclusions.
27. Le 8 juin 2017, l'assuré a observé que le Dr I\_\_\_\_\_ n'était pas compétent pour se prononcer sur les documents d'imagerie médicale.
28. Le 26 juin 2017, la chambre de céans a entendu les parties lors d'une audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « L'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ n'est pas logique, nous avons discuté pendant 1h15 et l'expert était agrippé à son dictaphone et dictait en même temps. J'avais l'impression qu'il ne m'écoutait pas vraiment. Il m'a ensuite examiné rapidement, j'ai dû faire deux mouvements qui ont été très douloureux, puis je lui ai remis un CV et des IRM, et l'expertise était terminée.

J'ai expliqué au Dr G\_\_\_\_\_ mes différents emplois et le fait que je n'arrivais plus à travailler, je lui ai dit que j'avais de la peine à me lever, à marcher, à rester assis ou debout. Je suis mieux en position couchée mais si je fais un mouvement brusque la nuit cela me réveille. En résumé, mes douleurs au dos me handicapent. Je ne sais pas si je peux trouver un travail adapté car je dois changer tout le temps de position et je ne suis pas sûr de pouvoir me recycler vu mon parcours et mon âge. J'ai été mécanicien de précision, sur avion, bûcheron et chauffeur livreur notamment. Je suis actuellement aidé par l'hospice général. Je vis dans une petite maison qui appartenait à mon père, et dont j'ai l'usufruit qui a été rachetée par mon cousin. Je ne peux plus entretenir le terrain autour de la maison (tondre le gazon, couper les arbres) en revanche j'arrive à m'occuper de mon ménage (nettoyage et repas).

Au moment où j'ai vu le Dr G\_\_\_\_\_ je faisais encore du petit élagage mais je ne montais plus aux arbres. Entre 2011 et 2015 j'étais capable de monter aux arbres et de tronçonner mais ce n'est plus le cas depuis novembre 2015. Depuis cette époque je ne rends plus de services aux personnes du village car je ne peux même plus monter sur une échelle. En 2015, j'ai commencé à avoir des vertiges causés par l'intensité des douleurs dorsales et j'ai chuté deux fois tête contre le sol. J'ai réalisé alors que je ne pouvais plus du tout faire de travail en hauteur. Les douleurs dorsales se sont aggravées depuis la fin de l'été 2015.

Le Dr D\_\_\_\_\_ avait à l'époque demandé des IRM en raison des douleurs dorsales. Après son départ j'ai continué avec le Dr E\_\_\_\_\_, il m'a prescrit des antidouleurs que je prends de temps en temps mais je ne le vois pas très souvent. On m'a dit qu'il s'agissait de polyarthrite rhumatisante. Mes médecins traitants ne m'ont pas envoyé chez un rhumatologue.

Je passe mes journées à lire, à faire des mots fléchés, à faire des commissions. Je n'ai pas la télévision car je n'ai pas d'électricité. J'ai toutefois de l'eau chaude.

Je souhaiterais être vu par un autre expert.

Je suis suivi par le Dr E\_\_\_\_\_ depuis février 2016.

J'ai aussi dû arrêter de conduire, je n'ai plus de véhicule. J'ai eu un retrait de permis qui s'est terminé. Lorsque je suis en voiture comme passager je dois faire des pauses pour mon dos.

Je ne fais plus d'activité de mécanicien sur avion, je donne seulement quelques conseils à Payerne au Musée J\_\_\_\_\_. Je m'y rends deux à trois fois par année.

Entre 2014, date à laquelle le Dr D\_\_\_\_\_ est parti à Gland, et février 2016, date de mon nouveau suivi par le Dr E\_\_\_\_\_, je n'ai pas été suivi par un autre médecin ».

29. Le 12 octobre 2017, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise à la doctoresse K\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie et médecine interne, et leur a fixé un délai pour faire valoir un éventuel motif de récusation ainsi que toute observation sur la mission d'expertise.

Le 8 novembre 2017, l'OAI a observé qu'une expertise judiciaire n'était pas justifiée, en particulier au vu des déclarations du recourant en audience et s'est rallié à l'avis du SMR du 17 octobre 2017 requérant l'ajout d'une question supplémentaire. Le recourant n'a pas fait d'observations.

30. Par ordonnance du 5 décembre 2017, la chambre de céans a ordonné une expertise rhumatologique en relevant que, compte tenu des atteintes alléguées par le recourant et documentées par la radiographie du rachis cervical du 30 octobre 2014 et l'arthro IRM de l'épaule droite du 4 décembre 2014, une expertise confiée à un expert rhumatologue apparaissait nécessaire, le Dr G\_\_\_\_\_, étant spécialisé en médecine interne.

31. Le 16 mai 2018, la Dresse K\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise.

Elle a requis une consultation en pneumologie auprès de la Doctoresse L\_\_\_\_\_, FMH pneumologie et médecine interne, qui avait eu lieu le 22 février 2018, des radiographies des épaules, genoux et colonne lombaire du 19 janvier 2018 et une échographie de l'épaule gauche du 29 janvier 2018.

L'assuré se plaignait de douleurs au rachis cervical, malaise, étourdissement lors de flexion avec port de charges, vertiges, décharge électrique dans le membre supérieur droit avec fourmillement lors de rotations brusques de la tête, douleurs au rachis lombaire, station assise et debout limitée, douleurs à l'épaule droite en port

de charge lourde, à l'épaule gauche à l'effort (avec baisse de force du membre supérieur gauche), douleurs au genou gauche lors de mouvements.

L'assuré avait tendance à minimiser ses problèmes médicaux ; il était collaborant et l'examen clinique démontrait sa tolérance à la douleur.

L'experte a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de :

- éthyliste chronique
- BPCO modérée à modérément sévère, stade 2 A, sur tabagisme
- Cervico-dysarthrose étagée à prédominance C4-C5 et C5-C6 avec dysarthrose bilatérale importante à ces deux niveaux, où il existait un effilement des espaces pré-médullaires et un fort rétrécissement des trous de conjugaison (IRM 2013)
- Remaniements dégénératifs étagés débutants du rachis lombaire, dysarthrose L5-S1 modérée et arthrose inter-apophysaire postérieure L5-S1
- Status après déchirure partielle du tendon du muscle sus-épineux droit et discrète atteinte dégénérative de l'articulation acromio-claviculaire droite.
- Bursopathie sous-acromiale modérée à prédominance antérieure avec possible capsulite débutante de l'épaule gauche
- Status après entorse du genou gauche, avec fracture du condyle fémoral interne, fracture sous-capitale du péroné non déplacée, arrachement osseux à l'insertion du ligament latéral externe, rupture interstitielle du ligament croisé antérieur (IRM 2008), et chondropathie des 3 compartiments du genou gauche (IRM 2008). Status après réinsertion du ligament latéral externe et du tendon poplité (2014), diagnostic peropératoire de chondrocalcinose généralisée.
- Discrets troubles dégénératifs du genou droit, sous forme d'une ostéophytose fémorale marginale interne et d'un léger pincement fémoro-patellaire externe, status après fracture proximale du péroné.

S'agissant des limitations fonctionnelles, l'éthyliste chronique constituait une contre-indication à la conduite de véhicules, raison pour laquelle son permis de conduire lui avait été retiré, ainsi qu'une limitation pour les éventuels travaux de précision que l'assuré pouvait être amené à effectuer. La BPCO, comme mentionné dans le rapport de pneumologie, constituait en soi une contre-indication aux gros efforts, tels que ceux effectués dans les diverses activités professionnelles exercées jusqu'ici. La cervico-dysarthrose imposait une limitation des positions fléchies du rachis cervical, surtout avec ports de charges, et des extensions, postures qui provoquaient les vertiges, et malaises avec sensation d'étourdissement. Les troubles dégénératifs du rachis lombaire imposaient une limitation des ports de charges à moins de 15, peut-être même 10 kg, un évitement des travaux en position fléchie du tronc et une limitation des stations assise ou debout prolongées à une heure maximum. Les troubles tendineux et de l'articulation acromio-claviculaire à l'épaule droite, ainsi que la bursopathie avec possible capsulite débutante à l'épaule

gauche, imposaient un évitement des travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale, à plus forte raison avec port de charges. Les genoux gênaient peu dans la vie quotidienne sans activité professionnelle, mais des troubles dégénératifs des trois compartiments étaient présents, discrets radiologiquement parlant, mais de stade 2 au genou gauche déjà en 2008 (cf rapport IRM), et de stade 3-4 à gauche en 2013 (cf rapport IRM).

Ces anomalies, même sans activités professionnelles, étaient symptomatiques ; la marche, la montée et descente d'escaliers et le lever après accroupissement étant douloureux et limités dans la durée.

L'absence de traitement médicamenteux continu et la prise d'antalgiques purs en cas de nécessité seulement étaient adéquats ; de la physiothérapie serait utile pour faciliter la reprise d'une activité adaptée ; la capacité de travail était nulle dans les anciennes activités ; une activité adaptée pourrait être un travail manuel en atelier, sans port de charges ou charges très légères, sans nécessité d'être souvent dans les escaliers, et avec la possibilité d'alterner les positions assise et debout. Un atelier de réparations, de petite mécanique, de petite menuiserie, ou tout autre travail manuel. Il était difficile de présumer de la tolérance à une activité avant qu'elle soit exercée, mais elle pouvait être exigible à au moins 50 %. Ceci nécessiterait évidemment une formation spécialisée, formation qui devrait être mise en route dès que possible, et associée à une aide au placement. Le recyclage aurait déjà dû être envisagé en 2016. Selon la tolérance physique à cette nouvelle activité, un passage à une activité adaptée à 100 % pourrait être envisagé ultérieurement, après 6 ou 12 mois selon la tolérance.

La situation avait été sous-évaluée en 2016 ; elle n'était pas d'accord avec les affirmations du Dr G\_\_\_\_\_. L'assuré ne travaillait plus depuis 2003, excepté le placement un an à la voirie et l'aide qu'il avait apportée à son ami bûcheron de façon ponctuelle ; il était normal que les douleurs aient diminué depuis lors. En revanche, les limitations fonctionnelles engendrées par les problèmes cervicaux, d'épaules, lombaires et des genoux restaient présentes et entraîneraient une aggravation des problèmes articulaires en cas de reprise continue d'activités lourdes. Elle était d'accord avec le fait qu'il y aurait une capacité de travail dans une activité adaptée, mais aucune des activités exercées jusqu'ici ne répondait aux critères d'une activité adaptée. Le Dr G\_\_\_\_\_ parlait en particulier des activités de mécanicien tourneur de précision et conducteur CNC. Il s'agissait en fait de régler CNC, soit des d'activités lourdes. Par ailleurs, le problème respiratoire dû à la BPCO avait été sous-estimé. D'après le Dr L\_\_\_\_\_, cette pathologie, au stade où elle se présentait actuellement, permettait des activités légères mais pas des activités lourdes.

Elle n'était pas d'accord avec l'avis du Dr I\_\_\_\_\_ car les diagnostics fournis par le document radiographique permettaient de comprendre la raison des douleurs et de mieux orienter le traitement. Contrairement à l'avis du SMR, une activité de

---

chauffeur-livreur n'était plus exigible et celle de chauffeur n'était plus possible en raison de l'addiction à l'alcool.

La motivation actuelle à retravailler était faible en raison du fait que l'assuré n'avait jamais eu de goût pour l'étude. Les différents métiers exercés montraient qu'il avait toujours appris « sur le tas ». Il avait toujours été actif, indépendant, réfractaire aux ordres (souvent perçus comme de l'autoritarisme) et aux règlements (perçus comme arbitraires et inadaptés à la pratique). Il avait toujours préféré l'expérience pratique à l'apprentissage théorique, la vie au grand air au travail de bureau. Il disait « étouffer en ville ». Il était clair que le résultat d'une réadaptation professionnelle dépendrait des caractéristiques de la nouvelle activité proposée, de la capacité de l'assuré à se discipliner pour atteindre son but, de sa capacité aussi à rester debout ou assis relativement longtemps (pendant la période de formation) malgré l'inconfort ressenti. Il était clair que la motivation actuelle était faible, en raison de la longue période d'inactivité et de l'échec de retrouver une activité adaptée en 2004. L'essai d'un recyclage était néanmoins souhaitable, dans l'intérêt tant de l'assuré que de l'assurance invalidité. En cas d'échec, on se retrouverait dans une situation d'incapacité totale de travail.

32. Le 25 juin 2018, le recourant a observé que le rapport d'expertise était probant ; son incapacité de travail était totale ; une capacité de travail résiduelle théorique existait, avec cependant des restrictions et limitations importantes. Ainsi seul entrerait en ligne de compte un travail manuel en atelier, sans port de charges ou avec charges très légères, sans nécessité d'être souvent dans les escaliers et avec la possibilité d'alterner les positions assise et debout, par exemple dans un atelier de réparations, de petite mécanique, de petite menuiserie, ou tout autre travail manuel.

L'experte précisait cependant que l'exigibilité serait de l'ordre de 50 %, susceptible éventuellement d'être augmentée ultérieurement, après six à douze mois, en fonction de la tolérance physique. De plus, une telle reprise était subordonnée à la mise sur pied, au préalable, d'une formation spécialisée. L'experte relevait en outre les facteurs de mauvais pronostic, liés à son âge et à sa très longue période d'inactivité. En l'état l'invalidité était complète, ce qui conduisait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

33. Le 3 août 2018, la Dresse F\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel il y avait une incohérence dans l'anamnèse de l'assuré entre l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et celle de la Dresse K\_\_\_\_\_ ; les constatations de la Dresse K\_\_\_\_\_ faisaient apparaître une aggravation médicale de la situation, notamment par la colonne cervicale, lombaire, les genoux et l'épaule gauche alors que le Dr G\_\_\_\_\_, en 2016, retenait peu de limitations fonctionnelles.

Actuellement, avec un examen clinique relevant des atteintes ostéoarticulaires plus avancées, on pouvait reconnaître une incapacité de travail totale dans toutes les anciennes activités habituelles de l'assuré et ceci depuis au plus tôt le 19 janvier

---

2018 (date des nouveaux examens complémentaires effectués : rapports radiologiques et échographiques de 2018).

La différence entre les deux expertises résidait dans l'interprétation de la capacité de travail résiduelle. L'experte estimait que la situation avait été sous-évaluée en 2016 ; toutefois un examen des constatations objectives du Dr G\_\_\_\_\_ permettait de retenir une capacité de travail dans toute activité à 100 % à ce moment-là.

L'experte ne précisait pas clairement depuis quand la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, ni depuis quand il existait une capacité de travail dans une activité adaptée. La réadaptation aurait selon l'experte dû être envisagée déjà en 2016, ce qui signifiait que la capacité de travail dans une activité adaptée existait depuis toujours.

L'assuré présentait des pathologies ostéoarticulaires, mais les atteintes ne présentaient pas une gravité et une sévérité justifiant d'une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée telle que retenue par l'experte. Il n'y avait pas d'atteinte radiculaire, pas de déficit moteur ou sensitif, ni d'opération en vue. Dès lors une capacité de travail entière dans une activité adaptée à toutes les limitations fonctionnelles était exigible.

Les conclusions du SMR du 4 octobre 2016 demeuraient valables ; l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis la dernière expertise, de sorte que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle au plus tôt depuis le 19 janvier 2018.

34. Le 6 août 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours en constatant que selon l'experte toute activité légère et répétitive, sans formation complémentaire, était exigible ; s'agissant de l'éthylisme chronique, il n'existait à l'évidence pas de comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance qui présentait un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qui soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qui contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Le diagnostic ne pouvait pas être retenu comme ayant une influence sur la capacité de travail.

L'expertise n'avait pas de valeur probante et l'assuré était capable de travailler à 100 % dans toute activité depuis toujours, à 0 % dans l'activité habituelle depuis le 19 janvier 2018 et à 100 % dans une activité adaptée depuis toujours.

L'aggravation de l'état de santé, admise depuis le 19 janvier 2018, était postérieure à la décision attaquée et sortait de l'objet du litige.

35. A la demande de la chambre de céans, la Dre K\_\_\_\_\_ a rendu un complément d'expertise le 18 octobre 2018.

La situation s'était aggravée tout au long de l'année 2015 et l'arrêt des activités s'était fait de façon progressive entre novembre 2015 et mars 2016 ; les rapports d'hospitalisation montraient clairement que l'assuré avait toujours supporté ses problèmes médicaux jusqu'à ce qu'ils ne soient plus tolérables, et consultait au

dernier moment. On pouvait en conclure que l'assuré n'avait cessé ses anciennes activités que lorsqu'il n'avait plus été capable de les assumer, soit qu'il n'y avait pas de doute quant à l'incapacité de travail dans les anciennes activités depuis au plus tôt novembre 2015, au plus tard mars 2016. L'assuré ne s'étant jamais intéressé qu'à son travail, ayant toujours effectué des travaux lourds jusqu'en 2015 sans penser à sa santé, et ne tenant pas de répertoire des dates des problèmes dont il avait souffert ; il ne lui était pas possible d'être plus précise. Il était d'ailleurs possible que son état de santé aurait justifié un arrêt plus précoce de ses activités.

Elle avait émis des réserves quant à la fiabilité de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_, après le constat des différences de l'anamnèse et du status entre juillet 2016 et mai 2018, les déclarations de l'assuré en audience et la description par celui-ci du déroulement de l'expertise, laquelle s'était mal passée ; ne se sentant pas écouté, l'assuré, qui était résistant à la douleur (ce qui était démontré par les délais entre le début des problèmes médicaux et ses hospitalisations), avait dû renoncer à s'expliquer et à protester au cours de l'examen clinique ; par ailleurs, de nombreux documents médicaux n'avaient pas été appréciés par le Dr G\_\_\_\_\_.

Il était difficile de dater l'apparition des limitations fonctionnelles, ce d'autant que l'assuré consultait seulement lors de problèmes aigus ; il était probable qu'elles dataient de l'automne 2015 (vertiges, douleurs aux épaules, au rachis lombaire, aux genoux) ; les vertiges en extension cervicales étaient présents depuis novembre 2014. Les vertiges étaient d'ailleurs reproductibles lors de l'examen clinique. De plus, l'anamnèse et l'examen clinique suggéraient des irradiations radiculaires intermittentes dans les membres supérieurs, et ce depuis environ un an avant l'expertise. Les douleurs de l'épaule droite étaient également présentes depuis novembre 2014. Celles de l'épaule gauche étaient apparues progressivement par la suite en raison de la surcharge du côté gauche. Les douleurs du rachis lombaire étaient présentes depuis 2008, mais la date de leur aggravation n'était pas déterminée, ceci s'étant fait progressivement. En ce qui concernait les genoux, les douleurs prédominaient à gauche, et la situation actuelle remontait vraisemblablement, vu les antécédents, à avril 2014 à gauche, juillet 2015 à droite.

Une activité adaptée était envisageable dès 2016 ; s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, soit une activité manuelle légère, permettant des changements de position fréquents et excluant le port de charges lourdes, il était préférable qu'il commence à 50 % et augmente à 100 % dans les six à douze mois. En théorie, l'assuré serait en capacité de 100 % dans une telle activité, mais il lui paraissait impossible de dire à l'avance que la tolérance physique de l'assuré serait totale dans cette activité sans savoir de quelle activité il s'agira. Elle proposait qu'après le choix de l'activité et la période d'apprentissage, l'assuré commence à 50 % dans un premier temps afin de s'adapter progressivement, physiquement, à sa nouvelle activité.

36. Le 29 octobre 2018, le recourant a observé que sa capacité de travail était nulle dans son ancienne activité depuis novembre 2015 et qu'une reprise d'activité dans

---

le futur n'avait pas d'incidence sur le recours dès lors que l'éventualité était postérieure à la décision litigieuse ; l'experte indiquait qu'une formation spécialisée était nécessaire avant la reprise d'une activité adaptée, de sorte que celle-ci n'était pas exigible sans mesure professionnelle ad hoc. En toute hypothèse, seule une activité à 50 % pouvait être considérée dans un premier temps ; en l'état la capacité de travail était nulle, ce qui ouvrait le droit à une rente entière d'invalidité.

37. Le 21 novembre 2018, la Dre M\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis selon lequel, même si l'assuré avait eu des plaintes ostéoarticulaires avant l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ de juillet 2016 et que des limitations fonctionnelles existaient déjà, elles n'avaient pas de retentissement dans sa dernière activité professionnelle. La date d'aggravation de l'état de santé depuis la deuxième expertise se situait entre juillet 2016 et janvier 2018, au vu de l'anamnèse du Dr G\_\_\_\_\_, soit au plus tôt le 19 janvier 2018. Depuis cette date, la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle.
38. Le 21 novembre 2018, l'OAI s'est rallié à l'avis du SMR du 21 novembre 2018 et a conclu à la confirmation de la décision litigieuse.
39. 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de

gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

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

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

7. a. 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 finalement 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. A 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen),

l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

b. A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

c. En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique.

---

En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/07 du 15 avril 2008 consid. 2.3).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Un rapport du SMR 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).

9. 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).
10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
11. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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 LPG) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) 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 LPG.
12. a. 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).

b. 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).

c. Quant au revenu d'invalide, 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

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).

d. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré

---

d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

13. a. Selon l'art. 8 al. 1 et 1bis LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant : a. que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels ; b. que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (al. 1). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (al. 1bis).

Selon l'art. 1 novies RAI, il y a menace d'invalidité lorsqu'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré perdra sa capacité de gain. Le moment auquel pourrait survenir l'incapacité de gain n'est pas déterminant.

b. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel. N'entrent en revanche pas en considération les mesures destinées à l'obtention des connaissances scolaires de base propres à garantir le succès d'un apprentissage ou d'un enseignement. L'orientation professionnelle peut être combinée avec un essai de travail de plusieurs mois, ceci également dans un centre de réadaptation ou de formation. Un examen stationnaire accordé d'avance ne peut en règle générale pas dépasser trois mois. Ce délai ne peut être prolongé que dans des cas exceptionnels.

La prise en charge des coûts d'un séjour stationnaire sera particulièrement indiquée lorsqu'il intervient au titre d'un entraînement au travail ou d'une préparation à l'enseignement ou lorsque, suite à un licenciement, la concrétisation de la formation professionnelle initiale est mise en danger. L'état de santé de l'assuré et ses conséquences sur son aptitude à être formé doivent toutefois rendre nécessaire un tel séjour. Il en va de même lorsqu'il séjourne dans un établissement pour l'exécution d'une mesure éducative, séjour qui ne s'oppose pas en principe à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Quant aux stages pratiques, ils ne devraient pas durer plus de deux semaines et être effectués pendant les vacances scolaires (ch. 2005 CMRP ; Michel VALTERIO, commentaire, Loi fédérale sur l'assurance-invalidité (AI), 2018, p. 215).

c. Selon l'art.17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1<sup>er</sup>). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les

---

références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

14. a. En l'occurrence, l'expertise judiciaire du 16 mai 2018, comprenant le complément du 18 octobre 2018, fondée sur l'entier du dossier, lequel a été complété par l'experte, comprenant une anamnèse détaillée, un examen clinique, des radiographies ainsi qu'une consultation en pneumologie récentes demandées par l'experte, des diagnostics précis et des conclusions claires concernant les limitations fonctionnelles et la capacité de travail du recourant, remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnue une pleine valeur probante.

b. L'experte a conclu à une incapacité de travail totale du recourant dans ses anciennes activités, survenue de façon progressive entre, au plus tôt, novembre 2015 et, au plus tard, mars 2016, tout en indiquant que les limitations fonctionnelles constatées au moment de l'expertise dataient probablement de l'automne 2015. S'agissant d'une capacité de travail dans une activité adaptée, elle est de 50 % depuis 2016, moyennant une formation spécialisée et une aide au placement (expertise p. 2). Le taux de 100 % n'est envisagé par l'experte qu'au mieux après six à douze mois, selon la tolérance physique du recourant, laquelle devait être observée à l'aide d'une mise en situation (expertise p. 21 et complément d'expertise p. 3). A teneur de ces conclusions, le recourant présente une incapacité de travail totale dans ses anciennes activités que l'on peut fixer, au degré de la vraisemblance prépondérante, à mars 2016 ; en effet, bien que l'experte considère les limitations fonctionnelles du recourant comme présentes probablement depuis novembre 2015 (complément d'expertise p. 2), elle a relevé que l'incapacité de travail était survenue de façon progressive entre novembre 2015 et mars 2016 (complément d'expertise p. 1) et que le recourant avait cessé toute activité de bucheronnage en février-mars 2016 (expertise p. 6). Par ailleurs, le recourant présente à tout le moins depuis mars 2016, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, soit une activité manuelle légère, laquelle, contrairement à l'avis du recourant ne nécessite pas obligatoirement une mesure préalable de reclassement.

c. Les critiques émises par l'intimé ne sont pas à même de mettre en doute les conclusions de l'expertise judiciaire.

c/aa. L'intimé a relevé que l'anamnèse de l'experte judiciaire différait de celle de l'expert G\_\_\_\_\_ (du 6 juillet 2016). A cet égard, l'experte a expliqué de façon convaincante que la situation du recourant avait été sous-évaluée en 2016 ; elle a émis des réserves quant à la fiabilité de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et a relevé qu'elle s'était mal passée, avec un problème de communication entre l'expert et le recourant ; le Dr G\_\_\_\_\_ s'est d'ailleurs borné à indiquer, comme activités de la vie quotidienne, que le recourant entretenait son terrain de 6000m<sup>2</sup>, effectuait des travaux de bucheronnage seul en montant sur les arbres jusqu'à dix à quinze mètres,

avec sa tronçonneuse de 4 kg à la ceinture ainsi que divers travaux comme tondre le gazon ou changer des ampoules chez des voisins (expertise G\_\_\_\_\_ p. 8). Or, l'experte a effectué une anamnèse beaucoup plus détaillée, de laquelle il ressort que les gros travaux de bucheronnage que le recourant effectuait en aidant un ami ou seul, n'avaient plus été possibles respectivement depuis l'été 2014 (expertise p. 4) et depuis février-mars 2016 (expertise p. 5-6) ; les douleurs lombaires s'étaient aggravées en automne 2015, il souffrait aussi des épaules de sorte que toute activité de bucheronnage avait été arrêtée vers février-mars 2016 (expertise p. 6). Il n'y a ainsi pas d'incohérence entre les deux anamnèses, celle effectuée par l'experte étant plus précise quant aux dates d'apparition des diverses limitations fonctionnelles mentionnées, étant par ailleurs relevé que l'experte a souligné le fait que l'entretien du recourant avec le Dr G\_\_\_\_\_, le 6 juillet 2016, avait eu lieu seulement quelques mois après l'arrêt total des activités de bucheronnage du recourant (expertise p. 6), ce qui pourrait expliquer que le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré, un peu trop rapidement, que le recourant était toujours à même de les réaliser.

c/bb. L'intimé se rallie au constat effectué par l'experte en 2018 et estime que l'état de santé du recourant s'est aggravé dans une mesure telle qu'au 19 janvier 2018 sa capacité de travail dans ses activités habituelles est nulle. Il s'écarte de la date, pourtant motivée par l'experte, de survenance de l'incapacité de travail totale en mars 2016. A cet égard, la date du 19 janvier 2018 n'est pas convaincante dès lors qu'elle correspond aux examens radiologiques effectués à la demande de l'experte et ne tient pas compte d'autres éléments pertinents, tels que l'évolution des différentes pathologies rhumatologiques dégénératives du recourant. En outre, l'intimé admet, au vu des rapports médicaux versés au dossier par l'experte, que des limitations fonctionnelles existaient effectivement antérieurement à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ mais estime qu'elles n'avaient aucun retentissement sur l'activité habituelle, sans motivation convaincante.

Au surplus, il sera constaté qu'il est contradictoire de la part de l'intimé de dénier toute valeur probante à l'expertise judiciaire (écriture de l'intimé du 6 août 2018 p. 3), tout en suivant les conclusions de celles-ci quant à une incapacité de travail totale du recourant dans ses activités habituelles dès janvier 2018.

c/cc. Selon l'intimé, le diagnostic d'éthylisme chronique ne peut être reconnu comme ayant une influence sur la capacité de travail. A cet égard, l'experte, tout en mentionnant ce diagnostic comme ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant, a précisé qu'il ne concernait que des travaux de conduite et de précision, ce diagnostic n'ayant aucune influence sur l'exercice d'une activité manuelle légère telle que décrite par l'experte comme activité adaptée (expertise p. 19 et complément d'expertise p. 3). L'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée n'est donc pas justifiée par ce diagnostic.

c/dd. Enfin, l'intimé conteste l'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée fixée par l'experte, au motif que les pathologies ostéoarticulaires ne sont pas suffisamment grave et sévère (pas d'atteinte radiculaire, pas de déficit moteur

ni d'opération prévue). Une activité sans baisse de rendement était exigible, telle que relevant de la surveillance, du contrôle ou de l'industrie légère.

A cet égard, l'experte n'a pas exclu toute capacité de travail complète du recourant dans une activité adaptée, mais a estimé qu'il était préférable que le recourant débute une activité à 50 % afin d'évaluer sa tolérance physique à l'effort ; l'experte préconise ainsi des mesures telles qu'une adaptation progressive à une nouvelle activité. Ce faisant, elle estime que le recourant doit être mis au bénéfice d'une mesure d'ordre professionnel avant de pouvoir se prononcer de façon plus précise sur son taux de capacité de travail dans une activité adaptée, singulièrement d'affirmer qu'il pourrait être supérieur à 50 %.

d. Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire, probante, doivent être suivies.

Ainsi, il convient de retenir que le recourant a présenté depuis le 1<sup>er</sup> mars 2016 une incapacité de travail totale dans son ancienne activité et de 50 % dans une activité adaptée.

En conséquence, au 28 janvier 2016, soit au jour de la décision litigieuse, le recourant ne présentait pas encore une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne durant une année (art. 28 al. 1 let. b LAI). Cette condition a été remplie le 1<sup>er</sup> mars 2017, dès lors que le recourant a présenté, à cette date, une incapacité de travail de 50 % dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2016.

A cet égard, de jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 p. 243; 121 V 362 consid. 1b p. 366). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 501 consid. 1.2 p. 503, 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). Les conditions auxquelles une extension du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible vont nettement plus loin que le lien matériel étroit exigé pour l'extension de la procédure au-delà de l'objet du litige. Celles-ci doivent être réalisées cumulativement; la question qui excède l'objet de la contestation particulièrement doit être en état d'être jugée (cf. ULRICH MEYER/ISABEL VON ZWEHL, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in: Mélanges Pierre Moor, 2005, n° 27 p. 446; arrêt 9C\_694/2009 du 31 décembre 2010 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_595/2013 du 30 novembre 2013).

En l'occurrence, au jour de la décision litigieuse, le droit à une rente d'invalidité n'était en conséquence pas ouvert. La question d'une extension de l'objet du litige

pourrait se poser. Toutefois, compte tenu des conclusions de l'experte judiciaire, lesquelles font dépendre le taux de capacité de travail du recourant dans une activité adaptée d'une mise en situation, il convient de constater qu'une mesure d'ordre professionnel apparaît nécessaire, avant de pouvoir se prononcer sur un éventuel droit à une rente d'invalidité du recourant.

Or, au 28 novembre 2016, date de la décision litigieuse, le recourant présentait une incapacité de travail totale dans ses anciennes activités depuis neuf mois et une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, de sorte qu'il peut être considéré comme étant, à cette date, menacé d'invalidité au sens des art. 8 al. 1 LAI et 1novies RAI.

Partant, il a droit à des mesures de réadaptation.

Il se justifie en conséquence de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre toute mesure de réadaptation utile en faveur du recourant, en particulier une mesure d'ordre professionnelle telle qu'une orientation professionnelle. En effet, le recourant, éloigné du marché du travail depuis plusieurs années et qui présente de multiples limitations fonctionnelles l'empêchant d'exercer toutes les activités exercées antérieurement, doit être considéré comme étant entravé dans la recherche d'un emploi adéquat, de telle manière qu'il répond, en particulier, aux conditions du droit à une orientation professionnelle (art. 15 LAI). De plus, une mesure de réinsertion devrait être à même de donner une réponse à la question laissée ouverte par l'experte quant à la capacité effective du recourant d'exercer une activité adaptée à son état de santé au-delà d'un taux de 50 %.

Par ailleurs, il ressort de l'expertise que le recourant a la volonté de suivre une éventuelle mesure d'ordre professionnelle, l'experte ayant relevé que le recourant pensait être encore capable de travailler dans d'autres activités que les précédentes, mais sans gros efforts qu'il ne pouvait plus faire (expertise p. 6-7). Ces déclarations confirment celles faites par le recourant en audience le 26 juin 2017 dès lors qu'il n'a jamais affirmé qu'il ne pouvait plus retravailler mais seulement émis des doutes sur le genre de travail qu'il pourrait faire au vu de sa situation (procès-verbal d'audience du 27 juin 2017).

Enfin, l'âge du recourant, 53 ans en 2018, n'est pas un obstacle à une mesure de réinsertion.

L'intimé, après mise en œuvre des mesures précitées, devra en conséquence rendre une nouvelle décision qui se prononcera sur le droit du recourant à une éventuelle rente d'invalidité.

15. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé, dans les sens des considérants.
16. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée au recourant 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]), à charge de l'intimé.

Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> 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 500.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 28 novembre 2016.
4. Renvoie la cause à l'intimé, dans le sens des considérants.
5. Alloue une indemnité au recourant de CHF 3'000.- à charge de l'intimé.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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