

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4445/2015

ATAS/526/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 juin 2016

3^{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 : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en _____1968, exerce la profession de carreleur à plein temps depuis novembre 2003.

Il ressort du rassemblement de ses comptes individuels qu'en 2013 il a réalisé un revenu de CHF 45'200.-. Son employeur a indiqué qu'il était rémunéré CHF 28.70 de l'heure ; s'y ajoutaient 10,64% d'indemnités de vacances et 8.33% à titre de 13^{ème} salaire, pour un horaire de 42,5 heures par semaine (cf. rapport du 10 novembre 2014).

En juillet 2013, il a été mis en arrêt de travail pour des arthroses diffuses cervicales et lombosacrées, puis à nouveau à partir du 29 août 2013, pour des cervicalgies persistantes. L'incapacité de travail ayant tendance à se pérenniser, une évaluation de rhumatologie a été demandée le 7 novembre 2013, qui n'a retenu aucune limitation au regard de la symptomatologie cervicale. Une imagerie par résonance magnétique lombaire a en revanche montré une protrusion disco-ostéophyttaire postérolatérale bilatérale en L4-L5, ainsi qu'un débord disco-ostéophytique foraminal bilatéral à l'étage sous-jacent L5-S1. Cependant, vu l'absence de conflit disco-radiculaire objectivé à l'examen clinique, aucune limitation théorique n'a été retenue. L'hypothèse d'un rhumatisme inflammatoire a été émise mais non discutée.

A compter du 26 février 2014, l'assuré a à nouveau été en arrêt de travail pour une lombosciatalgie droite. La symptomatologie s'est améliorée après des séances de physiothérapie, la prise d'anti-inflammatoires et deux infiltrations, mais l'arrêt de travail a perduré.

2. Une évaluation a alors été demandée à un spécialiste par l'assureur perte de gain.

Dans son rapport du 20 juin 2014, la docteure B_____, rhumatologue, exerçant à la clinique Corela, a relaté que l'assuré se plaignait de cervicalgies et de lombalgies médianes en regard de L4-L5 et de L5-S1 ; la symptomatologie était parfois accompagnée d'une dorsalgie et/ou d'irradiations dans le membre inférieur droit.

Au niveau cervical, l'expert a retenu les diagnostics de discopathies C5-C6 et d'uncarthrose C5-C6 bilatérale, atteintes dont il a été précisé qu'elles étaient stabilisées.

Au niveau lombaire, il a retenu ceux de discopathie protrusive L4-L5 et de discopathie L5-S1, avec débord disco-ostéophytique foraminal bilatéral, atteintes dont il a été précisé qu'elles étaient en phase de rémission retardée (une certaine raideur rachidienne persistait, malgré une médication antalgique et anti-inflammatoire, mais le reste de l'examen était normal).

L'expert a également mentionné une coxarthrose droite débutante stabilisée. S'agissant des gonalgies, une atteinte probable du ligament post-croisé antérieur du genou gauche stabilisée a été évoquée.

En définitive, l'expert a confirmé la totale incapacité de l'assuré à exercer son activité habituelle de carreleur jusqu'au 7 juillet 2014, mais a considéré qu'après une réhabilitation à l'Hôpital Beau-Séjour, l'assuré devrait recouvrir une pleine capacité de travail.

3. Le 17 juillet 2014, l'assuré a fait l'objet d'une détection précoce et le 15 septembre 2014, il a formellement déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).
4. Dans un rapport du 7 octobre 2014, le docteur C_____, de l'Hôpital de Beau-Séjour, a fait état des diagnostics suivants : lombosciatalgies droites chroniques avec discopathies dégénératives étagées lombaires, infiltrations inefficaces, raccourcissement des ischio-jambiers et des muscles droits fémoraux, insuffisance musculaire de la sangle lombo-abdominale et inégalité des membres inférieurs en défaveur de la droite de 15 mm.

Le médecin a précisé qu'une tentative de physiothérapie en ambulatoire s'était soldée par un échec.

Il a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité de carreleur depuis le 15 juillet 2014. Selon lui, cette activité était encore exigible, mais devrait être reprise progressivement (à 50%, puis à 60%, puis à 75% et finalement à 100%).

Ce médecin a joint le rapport adressé le 26 août 2014 au médecin traitant après la prise en charge multidisciplinaire.

Il en ressort que l'assuré a suivi un programme de quatre semaines pour le dos avant de continuer des exercices de manière autonome. Les tests fonctionnels se sont révélés inférieurs à la norme, mais améliorés. Il a été précisé qu'une reprise du travail à 50% durant quatre jours fin juillet 2014 n'avait pas exacerbé les douleurs.

5. Dans un rapport du 29 octobre 2014, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-traitant de l'assuré, a confirmé le diagnostic de lombosciatalgie droite chronique sur discopathies dégénératives lombaires avec fragment discal et paramédian droit.

Le médecin a précisé qu'après la reprise du travail à 50% préconisée par le programme des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), la situation de son patient s'était péjorée, avec une réapparition des douleurs.

6. Entendu par le Service de réadaptation de l'OAI en date du 3 novembre 2014, l'assuré a indiqué ne plus pouvoir exercer dans son domaine et a sollicité une aide à la réinsertion et une rente.

Il a été relevé que l'assuré parlait peu le français (il n'avait jamais eu l'occasion de l'apprendre, ayant toujours travaillé avec des employeurs et collègues portugais,

espagnols ou italiens) et qu'il avait interrompu très tôt sa scolarité pour entrer dans la vie active, de sorte qu'il ne savait ni lire ni écrire ; il avait travaillé onze ans pour le même employeur, dans le domaine du carrelage.

Il avait été en arrêt de travail : à 100 % du 14 février au 20 juillet 2014, à 50% du 21 au 31 juillet 2014, puis à 100% dès le 1er septembre 2014.

7. Le 2 janvier 2015, l'OAI a adopté une mesure d'intervention précoce sur la forme d'un maintien au poste de travail. Il était convenu avec l'assuré qu'il reprendrait son activité professionnelle à raison de 50% début 2015 et que contact serait pris régulièrement avec lui et/ou son employeur pour suivre cette reprise.

Cependant, la reprise du mois de janvier 2015 n'a duré qu'une semaine au-delà de laquelle l'assuré à nouveau été mis en arrêt de travail. Son employeur a alors indiqué qu'il n'avait aucun poste adapté à son état de santé et ne souhaitait pas entrer en discussion. L'assuré, pour sa part, estimait ne plus pouvoir exercer son métier et sollicitait l'octroi d'une rente.

8. Le 19 février 2015, l'assureur perte de gain a indiqué à l'assuré qu'il considérait qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé, c'est-à-dire ne requérant ni ports de charges répétés, ni travail en porte-à-faux lombaire prolongé. Il admettait en revanche une totale incapacité dans l'activité habituelle, vu l'échec des mesures visant à adapter son poste à ses limitations. Un laps de temps était accordé à l'assuré pour trouver un poste mieux adapté, avec une indemnité journalière de transition jusqu'au 31 mai 2015. La perte de gain était évaluée à environ 5%.
9. Dans un rapport du 24 février 2015, le médecin traitant de l'assuré a indiqué que son patient ne pouvait ni soulever de poids, ni rester debout plus d'une demi-heure. Selon lui, il pourrait exercer une activité adaptée entre 50 et 100%.
10. Le 9 juin 2015, le Dr C_____ a conclu à un état stationnaire chronicisé depuis mai 2014, date à laquelle il a vu le patient pour la première fois. Ce médecin a confirmé les limitations déjà énoncées : éviter le port de charges, les positions statiques et les agenouillements. Il a conclu à une capacité de travail de 50 % dès septembre 2014, dans un travail permettant une alternance des positions et d'éviter les manutentions.
11. Le dossier a alors été soumis au Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) qui, en date du 24 septembre 2014, a émis l'avis que l'incapacité de travail était effectivement totale dans l'ancienne activité. Le SMR a en revanche conclu à une pleine capacité à exercer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du dos (pas de port de charges, pas de position statique prolongée, pas de position en porte-à-faux, pas de genuflexion ou d'accroupissement, pas d'activité en hauteur ou sur terrain instable, pas de position statique debout immobile) et ce, depuis toujours.
12. L'assuré a alors été adressé à l'entreprise sociale privée PRO (ci-après la Fondation PRO) pour une évaluation professionnelle, du 31 août au 25 septembre 2015.

A l'issue de ces stages, il a été retenu que l'assuré devait avoir la possibilité d'alterner régulièrement deux activités ou davantage, afin d'être en mesure de travailler jusqu'à la fin de sa journée, qu'il pouvait s'adapter à toutes pièces ou travaux, qu'il avait besoin d'aide pour pouvoir lire les consignes ou documents de travail, qu'il adaptait volontiers son comportement pour correspondre aux attentes formulées, qu'il faisait du mieux qu'il pouvait par rapport à ses possibilités physiques, qu'il avait fourni un travail de qualité, qu'il avait travaillé le plus rapidement possible, toujours en fonction de ses possibilités, qu'il avait fait peu de pauses, qu'il ne s'était pas plaint et qu'il avait effectué tout ce qui lui avait été demandé, même si c'était difficile et douloureux pour lui, avec parfois même une tendance à aller au-delà de ses limites.

L'assuré a été décrit comme parfaitement capable de s'adapter, tant à son environnement de travail qu'aux activités demandées. Il a été souligné qu'il avait fait preuve d'engagement, d'investissement, voire même de plaisir, démontrant ainsi sa motivation à retrouver une activité.

Il a été souligné que les 4 semaines de mesure avaient beaucoup sollicité l'assuré sur le plan physique, mais qu'il s'était malgré tout engagé à 100%. Il avait démontré de très bonnes aptitudes techniques et manuelles mais un déficit significatif au niveau de l'endurance et de la résistance physique avait été noté. Les limitations fonctionnelles ont été qualifiées d'importantes. Au final, une réévaluation médicale était préconisée.

13. Le 9 octobre 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.
14. L'assuré s'y est opposé le 14 octobre 2015 en alléguant en substance que ses douleurs l'empêchaient de se réinsérer.
15. Le 12 novembre 2015, son médecin traitant s'est référé à l'évaluation de la Fondation PRO en soulignant la volonté de son patient de travailler, le fait que son activité habituelle n'est plus adaptée à son état et qu'il devrait dès lors bénéficier de mesures professionnelles.
16. Par décision du 17 novembre 2015, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation.

L'OAI a constaté que l'intéressé avait conservé une capacité de travail théorique raisonnablement exigible de 100% dans une activité adaptée.

Dès lors, il a comparé le revenu qu'aurait réalisé l'assuré en 2014, soit CHF 68'712.60, selon les renseignements fournis par son dernier employeur, à celui qu'il aurait réalisé la même année en exerçant une activité adaptée, en tenant compte d'une réduction de 10%, soit CHF 59'517.- (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2012, TA1, niveau 1 = CHF 5'210.- pour 40 h./sem. = CHF 5'431.- pour 41,7 h./sem. = CHF 65'177.- en 2012 = CHF 66'130.- en 2014 = CHF 59'517.- après déduction de 10%), ce qui l'a conduit à une perte de gain de

CHF 9'196.- correspondant à un degré d'invalidité de 13%, insuffisant pour ouvrir droit à des mesures professionnelles.

L'OAI a noté que l'assuré s'était annoncé à l'office cantonal de l'emploi (OCE), dont il a souligné qu'il pourrait le soutenir dans ses démarches en vue d'un retour en emploi.

Enfin, l'OAI a estimé que les éléments fournis par la Dresse D_____ ne lui permettaient pas de revenir sur sa position.

17. Dans un courrier du 10 décembre 2015, la Dresse D_____ a répété que son patient, souffrant d'une lombosciatique droite chronique sur discopathies dégénératives étagées lombaires ne pouvait plus exercer sa profession habituelle. Le médecin souligne que l'évaluation professionnelle a montré que l'assuré, malgré sa persévérance, son souhait de retrouver un emploi et une grande capacité d'adaptation, n'arrive pas à faire ce qui lui est demandé en raison de ses douleurs. Le médecin préconise l'octroi de mesures professionnelles, tout en rappelant que son patient est quasiment illettré et qu'il n'a exercé jusqu'alors qu'un travail physique.

18. Dans le délai qui lui avait été imparti pour régulariser son « recours », l'assuré a confirmé, en date du 18 décembre 2015, que le courrier rédigé par son médecin traitant le 10 décembre 2015 devait être considéré comme un recours.

L'assuré rappelle qu'il n'est plus en mesure d'exercer un métier dans le domaine du bâtiment et qu'il ne dispose d'aucune formation professionnelle.

Il se réfère à l'évaluation dont il a fait l'objet auprès de la Fondation PRO, souligne qu'il est capable d'assimiler de nouvelles connaissances et qu'il est motivé et demande à bénéficier de mesures professionnelles.

19. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 janvier 2016, a conclu au rejet du recours.

L'intimé relève que l'illettrisme et les problèmes de langue rencontrés par l'assuré et soulignés par son médecin traitant ne sont pas du ressort de l'assurance-invalidité.

Il rappelle qu'il n'est pas contesté que la capacité de travail de l'intéressé dans son ancienne activité est nulle.

De l'évaluation auprès de la Fondation PRO, il ressort que toutes les positions de travail sont douloureuses après une heure, que l'assuré doit continuellement changer d'activité et de position mais aussi qu'il n'a pas eu à prendre de pauses supplémentaires, qu'il n'a pas formulé de plaintes et qu'il ne s'est pas plaint non plus de difficultés de compréhension.

En l'absence de document médical permettant de contredire les conclusions du SMR ou de l'expert rhumatologue, l'intimé considère qu'il n'y a pas lieu de revenir sur son appréciation de la capacité résiduelle de travail.

Or, un taux d'invalidité de 13% est insuffisant pour ouvrir droit à un reclassement.

Une orientation professionnelle, qui a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leur capacité et disposition n'est pas indiquée au vu du large éventail d'activités non qualifiées disponibles.

Quant à une aide au placement, l'intimé l'exclut également en raison du fait que les difficultés rencontrées par l'assuré ne sont pas liées à son état de santé.

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 depuis 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. 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. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sous forme de mesures professionnelles.
6. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente

lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).

7. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant 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 (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). 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 (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

8. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1^{er} LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).
9. 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).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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.

11. 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).
12. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en

cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

13. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

14. En l'occurrence, les atteintes à la santé du recourant sont clairement établies et non contestées : il s'agit principalement de lombosciatalgies droites chroniques sur discopathies dégénératives lombaires.

Il n'est pas non plus contesté que la capacité du recourant à exercer son activité habituelle est désormais nulle.

Est seule litigieuse sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, sur la description de laquelle les médecins sont d'accord : elle doit respecter consignes d'épargne du dos.

En juin 2014, l'expert mandaté par l'assureur perte de gain considérait que l'atteinte ne devrait pas empêcher l'assuré d'exercer son activité habituelle. Il ne s'est en revanche pas exprimé sur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée.

En octobre 2014, le Dr C_____ préconisait une reprise de l'activité habituelle progressive, sans se prononcer lui non plus sur la capacité résiduelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

Il s'est avéré que la reprise du travail préconisée s'est soldée par un échec, durant l'automne 2014, de même que celle tentée quelque temps plus tard, dans le cadre de la mesure de maintien au poste de travail, début 2015.

En février 2015, le médecin traitant du recourant a estimé que son patient pourrait exercer une activité adaptée à un taux situé entre 50% et 100%, sans autres précisions.

En juin 2015, le Dr C_____ a conclu à une capacité de travail de 50% dès septembre 2015 dans une activité adaptée.

Pour sa part, le SMR a évalué la capacité résiduelle de travail de l'assuré à 100%, sans justifier sa position ni les raisons pour lesquelles il s'écartait des estimations des médecins-traitants.

Or, les observations de la Fondation PRO tendent à démontrer que, même dans une activité adaptée et en faisant preuve de la meilleure volonté du monde, le rendement du recourant est amoindri, sans que l'on sache exactement dans quelle mesure. On relèvera d'ailleurs qu'à l'issue de son observation, la Fondation PRO a préconisé une réévaluation médicale.

Eu égard à ces éléments, il apparaît que la situation n'a pas été suffisamment investiguée. En l'état, la Cour de céans ne dispose pas de suffisamment d'éléments pour se prononcer avec certitude sur la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée. Si les atteintes physiques ne sont pas sujettes à caution, leur impact en termes de rendement et de taux d'occupation ne sont pas suffisamment éclaircies. En effet, les premiers médecins - en particulier l'expert mandaté par l'assurance perte de gain - ne se sont prononcés que par rapport à l'activité habituelle.

Ceux qui se sont prononcés par la suite n'ont pas motivé leur position, en particulier, ils n'ont pas discuté leur position par rapport aux observations concrètes de la Fondation PRO. Le SMR n'a donné aucun élément justifiant ses conclusions à un 100% de capacité « depuis toujours ». Une expertise complémentaire, par exemple auprès d'un centre tel que la Clinique de réadaptation de Sion s'avère donc nécessaire.

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, sur la question de la capacité résiduelle de travail depuis juillet 2014 et nouvelle décision.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 17 novembre 2015.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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