

GE_GERICHTE ATAS/463/2020 vom 4. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_463_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/463/2020 du 4 juin 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/463/2020 del 4 giugno 2020

Erwägungen

E. 34

Le 12 avril 2019, le recourant a retenu du rapport du Dr D _____ une totale incapacité de travail jusqu'en septembre 2018, en raison d'un état dépressif de gravité sévère à moyenne ayant évalué favorablement pendant de brèves périodes. Il a proposé de réinterroger ce médecin afin que celui-ci fournisse un calendrier aussi détaillé que possible de la gravité des épisodes dépressifs.

E. 35

Invité par la Cour de céans à détailler l'évolution des épisodes dépressifs, le Dr D _____ a répondu, le 6 mai 2019, qu'au vu de son dossier, la capacité de travail avait été nulle du 15 octobre 2011 au 29 janvier 2012, en raison d'un trouble de l'adaptation, puis d'un épisode dépressif sévère, avec une « reprise au chômage » le 30 janvier 2012. Une rechute dépressive s'était produite suite au décès du père de l'assuré, le 9 juillet 2013, avec des périodes de rechute et d'amélioration en 2014 entremêlés et une reprise à 100% le 1er septembre 2015. Par la suite, l'assuré a subi des rechutes dépressives moins sévères et plus fluctuantes, que le médecin s'est dit toutefois incapable de préciser, dans la mesure où il a été lui-même opéré d'un cancer.

E. 36

Le 27 mai 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

A/1753/2018 - 9/18 - Il relève que les périodes d'incapacité de travail attestées par le Dr D _____ ne correspondent pas à ses rapports antérieurs, dans lesquels il n'a pas attesté de période d'incapacité de travail durable. Il n'a pas non plus attesté d'incapacité de travail postérieurement au 30 avril 2014, pas plus qu'il n'a précisé le début de son nouveau suivi.

E. 37

Le 11 mars 2020, la Cour a interrogé le Dr B _____ et lui a notamment demandé de clarifier son attestation du 2 mai 2017.

E. 38

Le Dr B _____ s'est exécuté le 30 avril 2020, en précisant tout d'abord n'avoir pas revu l'assuré depuis deux ans, l'intéressé étant désormais suivi aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) par la consultation de la douleur, par un neurochirurgien et par un psychiatre. Du 23 mars au 30 avril 2017, il a été mis en arrêt de travail, en raison de douleurs hémorroïdaires sévères, de cervicobrachialgies invalidantes et de troubles anxieux, entraînant des insomnies, une baisse de la concentration et une asthénie. Compte tenu d'un amendement de l'état anxieux, mais d'une persistance des douleurs cervicales, irradiant dans les épaules, le médecin a adressé le patient à un spécialiste en orthopédie, le docteur O _____, puis, en juillet 2017, à un neurochirurgien ainsi qu'à un médecin physique, après

plusieurs infiltrations de cortisone au niveau cervical. Son patient lui a indiqué, le 2 mai 2017, qu'au vu de la fin de son stage de réinsertion professionnelle, il n'avait plus besoin d'arrêt de travail, mais, sur le plan médical, persistaient clairement des douleurs d'ordre rhumatologique. L'assuré a été soigné au moyen d'antidouleurs, d'anti-inflammatoires, de Stilnox et de Xanax. Il a également subi plusieurs infiltrations et effectué de la physiothérapie au niveau cervical. À la question de savoir s'il partageait le point de vue du SMR, selon lequel son patient avait recouvré une pleine capacité de travail comme responsable d'immeuble dès le 2 mai 2017, le médecin a répondu par la négative, relevant que l'assuré décrivait alors une persistance de symptômes rhumatologiques au niveau cervical, irradiant dans les épaules. De surcroît, le patient avait été ensuite vu par un orthopédiste, puis adressé à un neurologue, à un médecin physique et à un neurochirurgien, lesquels avaient tous confirmé des symptômes douloureux et invalidants. Ces symptômes avaient motivé des traitements lourds, tels que des infiltrations et, vu l'évolution, une intervention chirurgicale avait été réalisée en 2019. Le Dr B _____ a produit une série de pièces, dont il ressort notamment que l'assuré a effectivement été opéré aux HUG, le 14 mars 2019, d'une hernie discale C5-C6 et C6-C7, avec canal cervical étroit. Il a également annexé plusieurs rapports de consultation, en lien avec des contractions musculaires post-opératoires.

A/1753/2018 - 10/18 -

E. 39

Invité à se déterminer sur le rapport du Dr B _____ et ses annexes, l'intimé, par écriture du 19 mai 2020, a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire et nouvelle décision, les nouvelles pièces versées au dossier rendant vraisemblable une aggravation de l'état de santé, à tout le moins depuis 2017, en lien avec un syndrome rachidien cervical et lombaire. Par ailleurs, l'assuré était suivi par un psychiatre depuis 2019. Le SMR préconisait de mettre en œuvre une expertise en rhumatologie, neurochirurgie et psychiatrie, afin de préciser la capacité résiduelle de travail et son évolution dans le temps.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – [LPA-GE – E 5 10]). 4. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2). En l'espèce, au vu de la décision attaquée et des conclusions du

recours, le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité, dans le cadre de la (nouvelle) demande déposée en 2010. 5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière

A/1753/2018 - 11/18 - 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. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1er LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). En vertu du principe selon lequel la réadaptation a la priorité sur la rente, le droit à la rente ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à des indemnités journalières au sens de l'art. 22 LAI. Par ailleurs, le droit à ces indemnités interrompt en principe le droit à la rente qui a pris naissance ou qui est en train de naître. Demeurent toutefois réservées les dispositions des art. 47 al. 1ter et 22 al. 5bis LAI, qui prévoient le maintien de la rente durant l'exécution des mesures de réadaptation, et l'art. 20ter al. 1 RAI, qui précise que, lorsque l'indemnité journalière, y compris la prestation pour enfant, est inférieure à la rente versée jusqu'ici, la rente continue d'être allouée au lieu de l'indemnité journalière (Michel VALTÉRIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n°6 ad art. 29 LAI et les références citées). 6. 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 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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). 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 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

A/1753/2018 - 12/18 - 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). 7. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. S'agissant du caractère invalidant d'affections psychiques, il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante, du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). 8. 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 ; 122 V 157 consid. 1c).

A/1753/2018 - 13/18 - Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Toutefois, 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). Par ailleurs, un rapport du SMR au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne

A/1753/2018 - 14/18 - justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 9. 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). 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 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). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : 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). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa

décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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). Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, A/1753/2018 - 15/18 - lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 11. En l'espèce, dans la décision attaquée, datée du 23 avril 2018, l'intimé a refusé d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité. Il a rappelé avoir financé une formation de responsable d'immeuble, sanctionnée par un diplôme. Selon le SMR, la capacité de travail a été nulle du 13 octobre 2016 au 1er mai 2017, puis entière, dès le 2 mai 2017, en tant que responsable d'immeuble. À l'issue des mesures de réadaptation accordées, la perte de gain n'était plus que de 29%. De son côté, le recourant estime que l'OAI a insuffisamment instruit son dossier, en statuant sur la seule base d'un avis du SMR non motivé et fixant arbitrairement au 2 mai 2017 la date de sa rémission complète. Par ailleurs, il considère que son revenu d'invalidité a été surévalué ; il estime ne pouvoir exercer aucune profession relevant des lignes 79, 80 et 82 de l'ESS. 12. Il convient d'examiner quelles sont les répercussions des atteintes à la santé du recourant sur sa capacité de travail, en particulier depuis le 1er mai 2017, date à partir de laquelle la décision attaquée le juge pleinement capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations. a. Dans son « avis médical » du 11 décembre 2017, la Dresse M_____, du SMR, a déduit d'une attestation rédigée par le Dr B_____ le 2 mai 2017 que l'assuré avait recouvré, dès le 1er mai 2017, une capacité de travail entière dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans son attestation du 2 mai 2017, le Dr B_____ a déclaré : « [l'] arrêt de travail du 6 avril jusqu'au 1er mai 2017 est secondaire à un état anxieux associé à une insomnie, entraînant une asthénie sévère. [L'assuré] présente également des douleurs au niveau des épaules des deux côtés, extrêmement invalidant[es], raison pour laquelle un traitement d'anti-inflammatoires a été introduit. Vu la mauvaise évolution, je vais l'adresser à un spécialiste en orthopédie ». b. L'avis exprimé par le SMR le 11 décembre 2017 constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI. Comme cela ressort des considérants qui précèdent, un tel document 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 ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder. Il doit être

soumis à de strictes exigences en matière de preuve et une

A/1753/2018 - 16/18 - expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (cf. supra consid. 8 et les références citées). c. En l'occurrence, dans la mesure où il a déduit de l'attestation rédigée en mai 2017 par le Dr B_____ que l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail, le SMR a posé, dans son rapport de synthèse, une conclusion qui n'est pas étayée sous l'angle médical, dès lors qu'elle ne correspond pas, en réalité, au point de vue exprimé par ce médecin. En effet, dans son certificat, le Dr B_____ n'a pas expressément attesté une pleine capacité de travail, notamment depuis le 2 mai 2017, mais il a, au contraire, décrit une persistance de divers symptômes. Invité par la CJCAS à préciser le sens de son attestation, le Dr B_____ ne s'est pas rallié à l'interprétation que le SMR en avait faite, dans le sens d'une amélioration de la capacité de travail : ce médecin a expliqué que l'assuré n'avait plus eu besoin d'un arrêt de travail en raison de la fin du stage effectué à l'issue de son reclassement, raison pour laquelle il n'avait pas prolongé l'arrêt de travail, mais qu'il persistait alors clairement des douleurs au niveau cervical, irradiant dans les épaules. Son patient avait ensuite consulté le Dr O_____, puis été adressé à un neurologue, à un neurochirurgien et à un médecin spécialisé dans la réadaptation physique, après avoir subi des infiltrations de cortisone au niveau cervical. Ces praticiens avaient tous confirmé l'existence de symptômes douloureux et invalidants, lesquels avaient finalement conduit à une intervention chirurgicale en 2019. d. Sur la base des explications et des pièces fournies par le Dr B_____, le SMR admet désormais qu'une aggravation de l'état de santé a été rendue vraisemblable, en lien avec un syndrome cervical et lombaire. L'assuré étant en outre suivi par un psychiatre depuis 2019, ce service préconise la mise en œuvre d'une expertise en rhumatologie, neurochirurgie et psychiatrie, afin de clarifier la question de la capacité résiduelle de travail, en particulier dans une activité adaptée, et son évolution dans le temps. Se ralliant au point de vue du SMR, l'intimé conclut, dans ses dernières écritures, à ce que le dossier lui soit renvoyé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. e. Au regard de ce qui précède, force est d'admettre que le rapport de synthèse du 11 décembre 2017, sur lequel se fonde la décision de refus de rente, n'a pas de valeur probante. À défaut de rapport circonstancié permettant de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, son évolution dans le temps et, le cas échéant, sur la date à partir de laquelle l'exercice d'une activité professionnelle (adaptée) pouvait être envisagé, l'intimé ne pouvait faire l'économie d'une mesure d'instruction complémentaire. Conformément à ce que propose l'office, la cause lui sera donc renvoyée afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire en rhumatologie, neurochirurgie et psychiatrie, puis rende une nouvelle décision. f. En dernier lieu, on relèvera que, dans sa décision du 23 avril 2018, l'intimé a omis de statuer sur le droit éventuel à une rente d'invalidité pour la période

A/1753/2018 - 17/18 - antérieure au reclassement professionnel de l'assuré, pendant lequel l'intéressé a perçu des indemnités journalières (du 2 décembre 2015 au 27 avril 2017). Dans sa décision à venir, il appartiendra donc à l'intimé de se prononcer sur le droit éventuel à une rente depuis le dépôt de la seconde demande de prestations, en 2010. g. Partant, le recours est partiellement admis et la décision du 23 avril 2018, annulée. La cause est renvoyée à l'OAI pour qu'il complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision. 13. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'800.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais,

émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1753/2018 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.