

GE_GERICHTE A/2742/2019 vom 21. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2742_2019

FR: GE_GERICHTE A/2742/2019 du 21 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/2742/2019 del 21 novembre 2019

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Delio MUSITELLI recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____1978, a travaillé en qualité de chef-monteur en échafaudages dans l'entreprise B_____ dès le 1 er janvier 2007. Il a été licencié par son employeur en date du 18 mars 2016, avec effet au 30 juin 2016. 2. Dans l'intervalle, l'assuré a consulté son médecin-traitant, le docteur C_____, rhumatologue FMH, qui a certifié, en date du 27 avril 2016, que le port de charge de plus de 15 kg, ainsi que les mouvements de rotation et flexion du tronc étaient contre-indiqués. Par ailleurs, il a attesté d'un arrêt de travail de l'assuré à 100%. 3. L'assuré a informé son assurance-maladie Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : MUTUEL) qui a demandé au Dr C_____ d'établir un rapport médical. Ce dernier, daté du 11 mai 2016, pose le diagnostic de lombalgies sur discopathie L5 à S1 et atteste d'une incapacité totale de travail de l'assuré dans le métier de monteur en échafaudages, dès le 20 mars 2016. 4. Le docteur D_____, rhumatologue, a confirmé dans un second avis médical, le diagnostic de dégénérescence discale (avec une protrusion) L5 à S1 et l'incapacité totale de travail, comme monteur en échafaudages. Il a posé les contre-indications suivantes dans le cadre d'un emploi adapté : les positions en porte-à-faux lombaires prolongées, les ports de charges de plus de 25 kg, la station debout prolongée et les positions accroupies prolongées. 5. L'assurance MUTUEL a rendu une décision, en date du 30 juin 2016, dans laquelle elle concluait qu'après examen médical du dossier, l'incapacité de travail à 100% était médicalement justifiée et qu'une reprise du travail n'était plus envisageable dans la profession actuelle de l'assuré. 6. En date du 5 juillet 2016, l'assuré a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) un formulaire de communication de détection précoce, concernant des lombalgies chroniques ayant entraîné une incapacité de travail à 100% dès le 20 mars 2016. 7. Une demande de prestations de l'assurance-invalidité a été transmise à l'OAI par l'assurance MUTUEL en date du 9 août 2016. 8. En date du 21 septembre 2016, le centre d'intégration et formation professionnelle ORIF (ci-après : ORIF) a confirmé à l'OAI qu'après entretien avec l'assuré un préavis favorable était émis en faveur d'un stage permettant d'aider à trouver des pistes de réorientation professionnelle. 9. L'OAI a confirmé la prise en charge des mesures d'ordre professionnel (MOP), ainsi que des indemnités journalières du 3 octobre 2016 au 12 octobre 2018. 10. L'assuré a été engagé en qualité de nettoyeur par la société E_____ dès le 15 octobre 2018 et a bénéficié d'une allocation d'initiation au travail jusqu'au 12 avril 2019. 11. Le rapport final MOP établi par la division de réadaptation professionnelle de l'OAI en date du 11 avril 2019 a conclu que l'assuré a été reclassé avec succès, que son degré d'invalidité à l'issue des mesures était

de 32% et que les mesures de réadaptation étaient terminées. 12. L'OAI a établi un projet de décision le 17 avril 2019, dans lequel il informait l'assuré que la mesure de reclassement avait abouti, que d'autres mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées et que le droit à une rente d'invalidité n'était pas ouvert. 13. En date du 15 mai 2019, suite à la dégradation de son état de santé, l'assuré a subi une IRM réalisée le même jour ; le rapport médical établi le 17 mai 2019 par le docteur F_____, spécialiste en neuroradiologie, indiquait la présence d'une ostéochondrose intervertébrale avec composante active/inflammatoire latéralisée à gauche, une hernie discale excentrique à gauche avec rétrécissement d'origine multifactorielle récessal gauche avec l'émergence de la racine S1 gauche et rétrécissement foraminaux gauche au contact avec la racine L5 gauche. L'IRM a également révélé au niveau L4-L5 une discopathie protrusive avec rupture de l'anneau fibreux latéralisée à gauche. 14. Suite à ces résultats, l'assuré a consulté le docteur G_____, en date du 27 mai 2019, qui a attesté une incapacité de travail totale dès cette date. 15. Après son entretien avec le Dr G_____, l'assuré a allégué avoir informé téléphoniquement l'OAI que ses douleurs au dos avaient empiré, qu'une IRM avait été réalisée le 15 mai 2019 et qu'il était en incapacité de travail depuis le 27 mai 2019. 16. En date du 11 juin 2019, l'OAI a notifié à l'assuré une décision de refus de rente d'invalidité, précisant que d'autres mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées. Une incapacité de travail à 100% était reconnue dans l'activité habituelle de l'assuré dès le 21 mars 2016 (début du délai d'attente d'un an prévu par l'art. 28 LAI) et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, sa capacité de travail était considérée comme entière dès le 20 juin 2016. 17. Ce dernier, par la plume de son conseil, a informé l'OAI, en date du 18 juillet 2019, que la décision avait été reçue le 14 juin 2019 et que compte tenu du délai de recours et des fêtes judiciaires, le délai de recours était repoussé jusqu'au 16 août 2019. Dans l'intervalle, il était demandé à l'OAI de reconsidérer sa décision, au motif que la santé de l'assuré s'était dégradée, ce qui était attesté par : · l'IRM réalisée le 15 mai 2019 et le rapport médical établi le 17 mai 2019 par le Dr F_____, spécialiste en neuroradiologie, indiquant la présence d'une ostéochondrose intervertébrale avec composante active/inflammatoire latéralisée à gauche, une hernie discale excentrique à gauche avec rétrécissement d'origine multifactorielle récessal gauche avec l'émergence de la racine S1 gauche et rétrécissement foraminaux gauche au contact avec la racine L5 gauche. L'IRM révélait également, au niveau L4-L5, une discopathie protrusive avec rupture de l'anneau fibreux latéralisée à gauche (PJ 4). · son entretien avec le Dr G_____, le 27 mai 2019, qui avait confirmé l'incapacité de travail totale dès cette date ; 18. L'OAI n'est pas entré en matière sur la demande de reconsidération de l'assuré. 19. Par acte du 15 août 2019, l'assuré a fait recours contre la décision du 11 juin 2019, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de la dégradation de son état de santé après avoir établi son projet de décision du 17 avril 2019 dans lequel il considérait que la mesure de reclassement avait abouti et qu'il refusait au recourant une rente d'invalidité ou d'autres prestations. Il appuie cette allégation sur l'IRM du 15 mai 2017, le rapport du Dr F_____ du 17 mai 2019 et le certificat médical d'arrêt de travail établi par le Dr G_____ et affirme avoir informé l'OAI de l'aggravation de son état de santé et de l'existence des documents médicaux supportant cette allégation, avant le prononcé de la décision litigieuse, ce dont l'OAI n'aurait pas tenu compte. 20. Le recourant a également transmis une copie du rapport fait par le Dr F_____ en date du 27 août 2019 suite à une nouvelle IRM, dont les conclusions sont les suivantes : · absence de modification significative par rapport à

l'imagerie comparative · en particulier au niveau L5-S1 stabilité d'une ostéochondrose intervertébrale avec composante active/inflammatoire latéralisée à gauche, hernie discale excentrique à gauche avec rétrécissement d'origine multifactorielle recessal gauche au contact avec l'émergence de la racine S1 gauche et rétrécissement foraminaux gauche au contact avec la racine L5 à gauche. · dans une moindre mesure au niveau L4-L5 discopathie protusive avec rupture de l'anneau fibreux latéralisé à gauche sans conflit disco radiculaire significatif et sans modification significative. 21. Dans le cadre des échanges d'écritures, l'intimé a pris connaissance de l'ensemble de ces documents et les a soumis à son médecin-conseil SMR, la doctoresse H_____ qui, en réponse au mandat de l'OAI du 9 septembre 2019, en a tiré les conclusions suivantes : · rapport d'IRM lombo-sacrée du 15 mai 2019 effectuée en raison de lombalgies chroniques relève : au niveau L5-S1, présence d'une ostéochondrose intervertébrale avec composante active/inflammatoire latéralisée à gauche, une hernie discale excentrique à gauche en contact avec la racine L5 gauche, une discopathie protusive avec rupture de l'anneau fibreux latéralisée à gauche sans conflit discoradiculaire. Proposition d'infiltrer sous CT la région interlaminaire épидurale L5-S1 gauche. · « Pour le SMR, le rapport radiologique indique une aggravation des lésions lombaires : l'apparition d'une hernie discale en L4-L5, et l'aggravation de la pathologie en L5-S1 avec conflit discoradiculaire, et présence d'ostéochondrose active intervertébrale en L5-S1. Cependant, une aggravation radiologique n'est pas forcément en adéquation directe avec une aggravation clinique. Nous n'avons pas à disposition un RM détaillé avec anamnèse et status actualisé permettant de confirmer une aggravation sur le plan clinique. Pour le SMR, ces certificats médicaux ne nous permettent pas d'apprécier une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Ainsi, pour le SMR, ces documents médicaux relèvent chez cet assuré une aggravation radiologique au niveau lombaire, mais ne permettent pas d'apprécier une aggravation clinique objective avec répercussion sur la capacité de travail ». 22. Par courrier du 10 septembre 2019, l'intimé a allégué que les derniers documents transmis par le recourant ne permettaient pas de constater une aggravation clinique objective avec répercussion sur la capacité de travail et persistait dans ses conclusions visant au rejet du recours. 23. Dans son courrier du 27 septembre 2019, le recourant a considéré que l'intimé devait tenir compte des récents documents transmis qui démontraient l'aggravation de son état de santé, et persistait dans ses conclusions en vue d'annuler la décision de l'OAI et de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction. Il joint à ce dernier une copie du rapport du Dr F_____ du 27 août 2019 suite à l'IRM lombo-sacrée du 26 août 2019. 24. La cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les délais commencent à courir le lendemain de leur communication ou de l'événement qui les déclenche (art. 17 al. 1 LPA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas : a) du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement; b) du 15 juillet au 15 août inclusivement; c) du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 89C LPA). Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 3. En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente

s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1). La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige 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 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1).

b. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

4. Le litige porte sur l'appréciation de l'aggravation de l'état de santé du recourant, avant que la décision de l'AI ne soit rendue et la prise en compte de cette aggravation par l'OAI, dans le cadre de l'établissement de la capacité de travail de l'assuré.

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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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). 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. 7. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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 oeuvre 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport du SMR 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 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). 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).

9. Selon une 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 où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

10. En l'espèce, le recourant a produit, postérieurement à la notification de la décision de l'OAI, mais avant la fin du délai de recours plusieurs pièces datées du mois de mai 2019, notamment l'IRM du 15 mai et le rapport du Dr F_____ (ainsi que le certificat d'arrêt de travail du Dr G_____), dont il estime qu'elles montrent un changement, singulièrement, une aggravation de son état de santé. Aux dires du recourant, l'intimé avait été informé de l'existence de ces nouvelles pièces avant de rendre la décision querellée. S'agissant de l'IRM et du rapport du Dr F_____, datés respectivement des 26 et 27 août 2019, ils ont été effectués et produits postérieurement à la date de la décision querellée et confirment les conclusions du rapport médical du même médecin, rédigé en date du 17 mai 2019. L'intimé confirme, dans sa duplique du 10 septembre 2019, avoir pris connaissance des pièces médicales produites par le conseil du recourant et demandé au SMR de bien vouloir lui faire part de son appréciation. Il ne précise pas s'il avait eu connaissance, avant de rendre sa décision, de l'existence de l'IRM et du rapport du Dr F_____ du mois de mai 2019. Appelé à se prononcer sur le rapport IRM du recourant, le médecin-conseil du SMR de l'intimé, la Dresse H_____ déclare, dans son rapport du 9 septembre 2019, que les certificats médicaux (du Dr G_____) ne permettent pas au SMR d'apprécier une aggravation de l'état de santé de l'assuré et ajoute, dans le même rapport, quelques lignes plus bas, que pour le SMR, les documents médicaux (ceux du Dr F_____) relèvent chez cet assuré d'une aggravation radiologique au niveau lombaire, mais ne permettent pas d'apprécier une aggravation clinique objective avec répercussion sur la capacité de travail. On ne saurait nier que l'IRM et le rapport du Dr F_____, datant du mois de mai 2019, ainsi que l'IRM et le rapport du Dr F_____, datant du mois d'août 2019 et confirmant le rapport établi au mois de mai, sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'intimé qui doit, dans l'appréciation de l'invalidité, pouvoir se fonder sur des documents médicaux renseignant de façon convaincante et complète. Pour cette raison,

la chambre de céans considère qu'il se justifie, pour prendre sa décision, de tenir compte des IRM et des rapports établis par le Dr F _____ au mois de mai et au mois d'août 2019, ainsi que de la réponse du SMR de l'intimé, datant du mois de septembre 2019. Cette solution s'impose d'autant plus que l'intimé est entrée en matière sur l'appréciation des documents médicaux, établis antérieurement à la décision litigieuse mais produits par le recourant dans le cadre de la procédure de recours, et les a soumis au médecin de son SMR. 11. 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). 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 oeuvre 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 oeuvre 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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). 12. Dans le cas d'espèce, la chambre de céans, constate que le SMR admet, dans son rapport du 9 septembre 2019, l'occurrence d'une aggravation de la santé du recourant, en se fondant sur l'examen radiologique du mois de mai 2019, et reconnaît qu'il n'est pas en mesure d'apprécier si les documents médicaux transmis impliquent une aggravation clinique objective. Compte tenu des conclusions du médecin du SMR, la chambre de céans ne peut que constater que l'aggravation de l'état de santé du recourant doit être admise, selon le principe de la vraisemblance prépondérante et qu'un complément d'instruction sur ce point est requis, afin d'effectuer les examens médicaux nécessaires à l'établissement d'un rapport qui réponde à la question de l'occurrence d'une aggravation clinique objective de l'état de santé du recourant et des éventuelles conséquences quant à l'appréciation de la capacité de travail du recourant. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis. La décision entreprise sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire, au regard de l'ensemble des éléments pertinents pour déterminer le statut du recourant, l'aggravation éventuelle de ses atteintes à la santé et l'impact de ces dernières sur sa capacité de travail et de gain, ses possibilités concrètes, le cas échéant, de déployer une telle capacité dans une activité

adaptée, et finalement un degré d'invalidité réaliste, et ainsi statuer sur le droit du recourant à des prestations de l'AI. 14. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03] ; art. 89 H LPA). 15. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'indemnité de procédure de CHF 200.-. 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.