

## **GE\_GERICHTE A/3114/2018 vom 4. Dezember 2019**

GE Cour de justice, 2019-12-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3114\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3114_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/3114/2018 du 4 décembre 2019

IT: GE\_GERICHTE A/3114/2018 del 4 dicembre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CHENE-BOURG 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) est né le \_\_\_\_\_1963, ressortissant suisse, célibataire et sans enfant. 2. Il a obtenu un CFC de peintre en bâtiment en 1983 et a ensuite travaillé auprès de la même entreprise pendant 22 ans. 3. L'assuré a déposé une demande d'assurance-invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) en avril 2001 indiquant souffrir de tassement de vertèbres et de lésions aux genoux. 4. Selon un rapport établi le 26 janvier 2001 par le docteur B\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, le patient avait présenté le 6 avril 2000 des douleurs du genou droit après un faux mouvement. Dans un premier temps, l'évolution avait été favorable, puis les douleurs s'étaient péjorées avec un mouvement bénin. L'évolution avait été lentement progressive avec une amélioration des douleurs. Toutefois, un épanchement récidivant de type mécanique avait été constaté. Une IRM effectuée en 2000 avait montré une lésion intra-méniscale de grade II. Au début du mois de janvier 2001, l'assuré avait noté une nette péjoration des douleurs avec une prédominance à la partie interne. Il y avait des signes pour une lésion méniscale interne. 5. Le docteur C\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique FMH, a indiqué, le 9 février 2001, qu'à l'examen clinique, il n'avait pas retrouvé de signes méniscaux évidents. L'IRM du 22 novembre 2000 évoquait une lésion de grade II de la corne postéro-interne. Il s'agissait d'une situation délicate, puisque le patient était en arrêt travail à 100%. Il préconisait d'attendre encore 3 à 6 semaines avant de lui proposer une nouvelle arthroscopie. 6. Dans un rapport médical du 8 janvier 2002, le Dr B\_\_\_\_\_ a mentionné le diagnostic avec répercussion sur la capacité travail de gonarthrose droite post-traumatique existant depuis 1999 et le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'ancien tassement D7 post-traumatique existant depuis 1998. L'assuré avait été incapable de travailler à 100% dès le 20 juin 2000 et l'était à 50% depuis le 10 juillet 2000. 7. Dans le cadre d'un mandat de réadaptation, l'assuré a suivi une reconversion pratique comme agent de maintenance dans un EMS, du 16 décembre 2002 au 20 juin 2004. En parallèle, il a suivi différents cours techniques auprès de Ifage. 8. En 2004, l'assuré a subi une nouvelle atteinte au dos et l'OAI a demandé au docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, de procéder à une expertise médicale de l'assuré. 9. À teneur du rapport d'expertise du 4 octobre 2004, l'état du genou droit de l'assuré semblait satisfaisant grâce à quelques infiltrations intra-articulaire. Une formation d'agent de maintenance en EMS avait pu être effectuée grâce à l'aide de l'assurance-invalidité de janvier 2003 à juin 2004 et il s'agissait d'évaluer la capacité de travail exigible dans l'exercice de cette profession. Le principal facteur limitant une activité professionnelle étaient les séquelles de la fracture de D7, qui entraînaient des dorsalgies permanentes,

d'intensité fluctuante avec impossibilité de maintenir des positions statiques prolongées qu'elles soient assises ou debout et rendaient impossible le port de charges dépassant 5 à 10 kg. À l'examen clinique, le médecin avait constaté une accentuation de la cyphose dorsale sans limitations fonctionnelle mais, radiologiquement, le mur antérieur de D7 avait perdu 50% de sa hauteur et entraînait localement une hypercyphose de 35°. En ce qui concernait le genou droit, les IRM et deux arthroscopies n'avaient pas révélé de pathologie significative et l'examen clinique pouvait être considéré dans les limites normales. Subjectivement, il persistait des douleurs de type mécanique survenant surtout à la marche dépassant une heure et en position à genoux. Une activité d'agent de maintenance paraissait exigible 8 heures par jour pour autant que l'assuré puisse éviter les travaux de force, le port de charges dépassant 5 à 10 kg et que le travail lui permette des changements de positions assise et debout réguliers. 10. L'OAI a rendu une décision de refus de rente le 24 novembre 2004, qui a été confirmée par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 22 novembre 2005. 11. L'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations le 23 août 2007, en invoquant son atteinte au dos (tassement vertèbre D7). 12. À teneur d'un rapport d'observation du formateur de l'OAI du 4 mars 2008, l'assuré souffrait d'une lésion au genou droit qui lui interdisait l'activité de peintre en bâtiment. Il souffrait également du dos suite à une chute d'échafaudage. Il ne pouvait se pencher trop en avant et en arrière. Il avait besoin d'alterner les positions et ne pouvait pas porter de charges. Il était également allergique à certains solvants. L'assuré avait participé à un module du 28 janvier au 29 février 2008 pour un bilan de compétences et une recherche de cibles professionnelles réalistes. 13. L'assuré a été hospitalisé pour une greffe de peau suite à une écorchure de la jambe inférieure droite survenue 28 septembre 2007. Il avait chuté en marchant sur des cailloux et avait été atteint à la jambe droite. Il y avait eu une surinfection et, dix mois après l'accident, l'infection avait récidivé. 14. À teneur d'une note de dossier de la SUVA, l'assuré avait retrouvé un emploi par la bourse de l'emploi, qui travaillait en collaboration avec l'assurance-chômage, depuis septembre 2007 comme peintre en bâtiment à plein temps. Au départ, le contrat était pour trois mois. Ensuite, il aurait pu être engagé comme temporaire à long terme. Il n'avait pas informé tout de suite la SUVA de ce changement, car il ne savait pas s'il allait pouvoir tenir à plein temps dans son ancienne profession. Il avait voulu faire un essai. Il travaillait à la maison de retraite de Vessy et le travail n'était pas trop pénible. Il pouvait s'organiser comme il voulait, sans trop de problème. Le matin, il effectuait les travaux les plus durs et l'après-midi, il faisait des petits travaux et pouvait se reposer s'il en avait besoin. Il s'était blessé en allant au travail en tombant sur un chemin caillouteux. Il s'était tordu la cheville et avait eu une plaie sur la jambe, qui s'était infectée avec des complications. Actuellement il allait mieux. 15. Le 4 août 2008, la mesure de recherche d'un stage et l'atelier emploi avait été interrompue pour des raisons médicales. L'assuré était en arrêt maladie à 100 %. 16. Selon un rapport établi par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, le 16 mars 2009, dix ans après un accident ayant provoqué chez l'assuré une fracture de D7, l'atteinte à l'intégrité avait été fixée en 1999. Le genou droit de l'assuré était actuellement peu symptomatique, mais il fallait relever qu'il ne travaillait pas. Dix-huit mois après l'accident ayant provoqué une plaie infectée de la jambe droite, l'évolution s'était faite vers un pyoderma gangrenosum. La peau de la jambe droite était actuellement cicatrisée avec un important système cicatriciel. Cet état cutané était fragile. Tout risque d'une nouvelle blessure de la jambe droite devait être évité dans une future activité professionnelle. Avant l'accident de 2007, l'assuré travaillait avec un horaire d'environ 50% à la maison de Vessy dans l'entretien. 17. À teneur d'une note de dossier de

la SUVA du 3 novembre 2010, l'assuré était toujours en traitement en dermatologie aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG), où il se rendait tous les deux mois pour un contrôle. Il avait toujours les mêmes problèmes au niveau de la jambe. Il semblait que cela allait mieux, puis des cloques remplies de sang se reformaient et éclataient. Il lui arrivait d'avoir des douleurs très violentes dans la jambe. Il avait été hospitalisé une dizaine de jours en avril-mai 2010 pour des examens complémentaires en dermatologie, mais les médecins ne savaient toujours pas ce qu'il avait. Malgré cela, il gardait le moral et ne désespérait pas de retrouver du travail dans une activité adaptée à ses limitations comme l'entretien léger ou le gardiennage. Il continuait activement ses recherches, répondait à des offres et prenait des contacts, malheureusement sans succès. Il n'avait plus droit au chômage, ni à l'aide sociale. Il avait déposé une demande à l'assurance-invalidité mais n'avait pas eu de nouvelles. Il aurait espéré une aide de ce côté-là. 18. Selon un rapport établi le 22 décembre 2011 par la SUVA, la situation de l'assuré n'avait malheureusement pas évolué en bien. Il avait toujours des hauts et des bas. Sa jambe s'ouvrait sans raison mais les lésions cicatrisaient heureusement et ne prenaient pas d'ampleur. Le traitement était assez lourd et servait uniquement à maintenir une certaine stabilité, mais ne permettait pas d'apporter un mieux. L'assuré s'efforçait de garder le moral 19. À teneur d'un rapport établi le 18 janvier 2012, par le docteur F\_\_\_\_\_, chef de clinique, du service de dermatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après le CHUV), le moindre traumatisme pouvait entraîner chez l'assuré des lésions inflammatoires fraîches sur un terrain fragile et cicatriciel. L'assuré était inapte à 100% pour un travail de peintre. La SUVA n'avait plus de traitement à sa charge étant donné que le pyoderma gangrenosum était avant tout à considérer comme une maladie, malgré le phénomène de pathergie et l'implication étiologique du traumatisme physique. Il proposait à l'assurance-invalidité d'offrir à l'assuré une nouvelle possibilité de réorientation professionnelle. 20. Le 7 mars 2012, la doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine du travail en médecine générale, a informé l'assuré que la SUVA lui avait demandé de prendre position sur le lien de causalité entre l'apparition du pyoderma gangrenosum au niveau de la jambe droite et son accident antérieur. 21. Selon un rapport établi le 25 avril 2012 par la SUVA, l'assuré signalait une évolution enfin positive. Il bénéficiait depuis deux mois d'un nouveau traitement qui semblait efficace pour soigner son affection. Il voyait un mieux et une certaine stabilisation. Il continuait à chercher un emploi, mais sans résultat. 22. Le 4 juillet 2012, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué suivre l'assuré depuis 1998 avec un dernier contrôle le 11 juin 2012. Son patient était totalement incapable de travailler en qualité de peintre depuis 1999, étant limité en raison de son atteinte dorsolombaire. 23. Le 27 juillet 2012, la doctoresse H\_\_\_\_\_ a indiqué que la cause de l'incapacité travail de l'assuré était une maladie, soit le pyoderma gangrenosum des membres inférieurs apparu en janvier 2008 au membre inférieur droit et en juillet 2009 au membre inférieur gauche, et qui était en rémission depuis janvier 2010. Le pyoderma gangrenosum de la face interne du bras gauche depuis février 2010 était actuellement en voie de cicatrisation. Le pronostic était globalement favorable, sous réserve du sevrage médicamenteux en cours. La capacité de travail de l'assuré en tant qu'ouvrier dans le bâtiment était de 50% dès le 12 janvier 2009, à réévaluer le 4 septembre 2012. À sa connaissance, il n'existait aucune restriction mentale ou psychique actuellement. Sur le plan cutané, la nature, l'étendue ainsi que la localisation des lésions justifiaient une limitation de l'effort physique et du temps de travail. Au niveau dermatologique, la quasi-cicatrisation de la lésion du bras gauche semblait rendre possible une augmentation progressive du taux d'activité (75% puis 100% en fonction de l'évolution

après le sevrage des traitements) dès le 4 septembre 2012. 24. L'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente à l'assuré le 28 avril 2014, relevant que, dans son arrêt du 22 novembre 2005, le Tribunal cantonal des assurances sociales avait confirmé son appréciation du taux d'invalidité fixé dans la décision du 31 janvier 2005 (2%). Une dégradation de l'état de santé de l'assuré avait été signalée en septembre 2007, laquelle entraînait une incapacité de gain totale dans toute activité dès cette période. Son état de santé s'était ensuite progressivement amélioré avec une restauration d'une capacité de travail théorique de 50% dès le 12 janvier 2009, puis de 75% à partir de septembre 2012. Considérant l'invalidité au terme du délai de carence légal (2%) et l'incapacité de gain totale admise en septembre 2007, le taux moyen d'incapacité de travail de 40%, calculé rétroactivement, était atteint en janvier 2008. En conséquence, l'assuré avait droit à un quart de rente dès cette période. Son incapacité de gain était entière au moment de l'ouverture du droit à la rente. En application de l'art. 88a RAI, il avait droit à une rente entière trois mois après le changement de circonstances, soit le 1<sup>er</sup> mai 2008. L'OAI avait réactualisé le revenu d'invalidité retenu dans sa décision du 31 janvier 2005 et avait ainsi obtenu un gain annuel de CHF 67'956.- au moment déterminant, soit CHF 33'978.- à un taux de 50%. En admettant un abattement sur le revenu de 10% en raison de la réduction du taux d'occupation, on obtenait un gain annuel de CHF 30'580.-. Dans son domaine d'activité habituelle, il pouvait réaliser un gain annuel de CHF 70'101.90 au moment déterminant. À partir de janvier 2009, son degré d'invalidité était de 56%, ce qui lui donnait droit à une demi-rente trois mois après l'amélioration de son état de santé, soit le 1<sup>er</sup> mai 2009. Dès septembre 2012, l'assuré était à même d'exercer une activité adaptée à son état de santé qui ne nécessitait pas de formation complémentaire à 75%. Après réactualisation du revenu d'invalidité, il avait obtenu un gain annuel de CHF 68'203.- au moment déterminant, soit CHF 52'032.- à un taux de 75%. Aucun abattement n'était admis dans cette nouvelle configuration. Son gain de valide indexé s'élevait à CHF 71'809.- en 2012. La comparaison des revenus en 2012 donnait un degré d'invalidité de 28%, lequel ne permettait pas le maintien de la rente, qui était supprimée le 1<sup>er</sup> janvier 2013, conformément à l'art. 88a RAI. Sa demande déposée en août 2007 était tardive, si bien que le versement de la rente débutait le 1<sup>er</sup> février 2008. En conclusion, l'assuré avait droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> février 2008, à une rente entière dès le 1<sup>er</sup> mai 2008, à une demi-rente du 1<sup>er</sup> mai 2009 au 31 décembre 2012. Il n'y avait plus droit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013. 25. Le 27 mai 2014, l'assuré a contesté le projet de décision qui ne reflétait pas la réalité. Pendant toute la période considérée, soit de 2008 à janvier 2013, il avait continuellement eu des problèmes de santé et n'avait jamais eu l'autorisation de travailler à plus de 50%. La suppression de sa rente dès 2013 était d'autant plus surprenante qu'à cette période, il était suivi par les HUG et le Dr B \_\_\_\_\_. L'assuré a produit un rapport établi le 20 mai 2014 par le Dr B \_\_\_\_\_ certifiant qu'il était en arrêt travail à 100% depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014. 26. Le 28 mai 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il allait procéder à un nouvel examen du dossier à la lumière des éléments qu'il avait avancés et qu'il lui notifierait ensuite une décision sujette à recours. 27. Le 26 juin 2014, l'OAI a informé l'assuré que la procédure d'audition étant terminée, la caisse lui ferait parvenir une décision sujette à recours après avoir calculé le montant de la rente, ce qui nécessitait un certain temps. 28. Le 20 août 2014, l'assuré, faisant suite au dernier rappel de l'OAI du 13 août 2014 qui lui signifiait : « sans réponse de votre part d'ici au 13 septembre 2014, nous effectuerons le versement de votre rente d'invalidité par mandat postal », a informé celui-ci n'avoir pas reçu de premier rappel préalable. Il ne voyait pas comment l'OAI voulait lui verser une rente d'invalidité alors qu'à

ce jour aucune décision formelle d'octroi de rente d'invalidité sujette à opposition ne lui avait été notifiée. Seul le projet de décision lui avait été soumis. 29. Le 2 octobre 2014, l'assuré a demandé à l'OAI de lui notifier une décision d'octroi de rente le plus rapidement possible. 30. Le 20 novembre 2014, l'OAI, soit pour lui la caisse, a notifié une décision à l'assuré, pour la période du 1<sup>er</sup> février 2008 au 31 décembre 2012, précisant les montants qui lui seraient versés au titre de rente pendant cette période (à teneur du dossier de l'OAI [pp. 681 à 685]), la motivation de la décision n'était pas annexée. 31. Le 15 janvier 2015, l'assuré a fait suite à la décision d'octroi de rente du 20 novembre 2014 couvrant les années jusqu'à 2012 et demandé une nouvelle fois la notification des décisions relatives à l'octroi d'une rente d'invalidité pour les années 2013, 2014 et 2015. 32. Le 16 janvier 2015, l'OAI a transmis à l'assuré copie de la décision datée du 20 novembre 2014 qui avait été adressée à l'assuré par la caisse de compensation, précisant qu'il n'existait pas d'autre décision. 33. Par courrier du 10 février 2015, envoyé le lendemain par courrier recommandé à l'OAI, l'assuré a attiré l'attention de ce dernier sur le fait que la décision du 20 novembre 2014 couvrait la période allant du 1<sup>er</sup> février 2008 au 31 décembre 2012. Il demandait, une nouvelle fois, à l'OAI de se déterminer pour les années 2013, 2014 et 2015. Il était toujours dans l'incapacité totale de travail et son état de santé actuel ne risquait pas de s'améliorer. Il demandait à l'OAI de prendre une décision pour les années 2013, 2014 et 2015. 34. Le 12 février 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il considérait son courrier du 12 février 2015 comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 LPGA. À l'examen du dossier, il ressortait que le droit aux prestations qu'il sollicitait avait déjà fait l'objet d'une décision le 20 novembre 2014. Sa nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Il lui appartenait de faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de sa dernière décision. Un délai de 30 jours lui était imparti pour ce faire. 35. Le 9 mars 2015, le docteur I\_\_\_\_\_, du département de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'assuré rapportait le développement de douleurs progressives de son épaule droite depuis 2011. L'examen clinique mettait en évidence des amplitudes préservées mais douloureuses et la radiographie montrait des calcifications du sus-épineux et de l'infra-épineux. La chirurgie ne permettrait pas dans ce contexte d'évacuer complètement les calcifications. Il existait de plus le problème du pyoderma gangrenosum associé avec un fort risque infectieux, ceci d'autant plus que le patient était traité par Remicade. 36. Le 12 mars 2015, le Dr B\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé de l'assuré s'était péjoré depuis une année. Il souffrait de longue date de dorsolombalgies sur un tassement de D7, avec un syndrome vertébral dorsolombaire aigu intermittent lorsqu'il faisait des efforts, d'un pyoderma gangrenosum important des membres inférieurs, traité par anti-TNF et nécessitant des soins cutanés réguliers ainsi que d'une atteinte de l'épaule droite avec handicap algo-fonctionnel, secondaire à une grosse calcification et à une diminution de l'espace sous-acromial et dont la symptomatologie ne s'était pas améliorée avec une ponction- lavage de la calcification. Actuellement, il existait une indication opératoire de l'épaule droite. L'ensemble des pathologies présentées par l'assuré faisait qu'il était actuellement incapable d'exercer une activité professionnelle, raison pour laquelle durant l'année 2014 et à l'avenir un arrêt de travail à 100 % était effectif. De son point de vue, l'assuré devrait pouvoir bénéficier d'une rente entière. 37. Le 24 mars 2015, le SMR a considéré que l'assuré rendait plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision. 38. Le 9 avril 2015, la Dresse H\_\_\_\_\_ a attesté que l'assuré était suivi par le service de dermatologie des HUG pour une pathologie cutanée

pour laquelle il bénéficiait d'un traitement de Remicade 400 mg toutes les huit semaines et qu'il était en arrêt travail à 50% depuis le 12 janvier 2009. 39. Le 17 avril 2015, le Dr B\_\_\_\_\_, se référant à son courrier du 12 mars 2015, a indiqué que l'assuré était totalement incapable de travailler dans toute activité. 40. Le 14 octobre 2015, le SMR a considéré que les nouveaux éléments apportés ne parlaient finalement pas en faveur d'une péjoration des atteintes ostéo-articulaires ou dermatologiques et ne permettaient pas de modifier les conclusions du SMR du 6 février 2014, à savoir que du point de vue rhumatologique, le complément d'instruction démontrait que les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus par le Dr B\_\_\_\_\_ étaient en fait identiques à ceux mentionnés dans l'expertise rhumatologique du 17 janvier 2014 et déjà pris en compte dans le dernier avis du SMR du 6 février 2014. Le SMR avait conclu le 6 février 2014 à une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée telle que celle d'employé de maintenance pour des travaux légers dès septembre 2012. 41. Le 8 avril 2016, l'assuré a informé l'OAI d'une nouvelle aggravation de son état de santé. 42. Le 24 mai 2016, le docteur J\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé du service de rhumatologie des HUG a indiqué avoir revu l'assuré le 12 mai précédent pour un avis sur l'étiologie d'un pyoderma gangrenosum avec arthralgies. Il souffrait de douleurs oligo-articulaires-enthésitiques avec syndrome inflammatoire fluctuant persistant malgré le traitement de Remicade et d'une tendinopathie du sus-épineux. 43. Selon le rapport établi le 25 octobre 2016 par le docteur K\_\_\_\_\_, FMH en rhumatologie, l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis trois ans avec des changements dans les diagnostics ayant une influence négative sur la capacité de travail. 44. Le 18 avril 2017, la docteure L\_\_\_\_\_, médecin interne du service de dermatologie des HUG, a indiqué que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé avec des douleurs articulaires insupportables et un abcès du périnée. L'état de santé était stationnaire depuis 2013 et l'assuré était incapable de travailler dans toute activité, avec une reprise envisageable à 50% dans une activité non physique. 45. Sur la base d'un nouveau complément d'instruction, le SMR a reconnu, le 7 juin 2017, une aggravation d'une maladie inflammatoire auto-immune de l'assuré depuis novembre 2016 (rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2016 et de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 18 avril 2017). L'évolution lentement favorable permettait d'envisager une reprise d'activité à 50% dans une activité adaptée dès le mois d'avril 2017. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : pas de port de charges, pas de position debout prolongée, pas de montée ou descente d'escaliers à répétition, pas de mouvements des bras au-dessus de l'horizontale, ni exposition au soleil prolongée. 46. Un mandat de réadaptation a été établi pour évaluer la situation et la pertinence de mettre en place des mesures professionnelles. Le service de réadaptation a rencontré l'assuré le 30 août 2017, qui a indiqué souffrir de douleurs permanentes qui augmentaient progressivement dans la journée. Il était limité dans les déplacements, le port de charges et la mobilité. Il avait un sommeil perturbé et souffrait d'insomnie. Il passait ses journées essentiellement à la maison. Il lisait, regardait la télévision et écoutait de la musique. Il était passionné de rock. Il évitait de rencontrer ses amis pour éviter de consommer de l'alcool. Il se sentait isolé. Son état s'était détérioré depuis son accident en octobre 2007. Il avait déclaré être favorable à une mesure d'orientation aux Établissements publics pour l'intégration (ÉPI) du 23 octobre 2017 au 28 janvier 2018. Durant la mesure d'orientation, il avait démontré un fort engagement dans toutes les activités qu'il avait entreprises. Ses atouts identifiés étaient ses aptitudes relationnelles et ses capacités d'intégration/d'adaptation dans une équipe. L'orientation d'agent de maintenance n'avait pas été retenue. Elle avait été considérée inadaptée aux multiples limitations physiques de l'assuré. En revanche, il pourrait mettre en valeur ses

connaissances dans une activité manuelle proche, moins exigeante physiquement et plus répétitive. La piste de réparateur de vélos avait été identifiée. Elle n'avait toutefois pas pu être vérifiée par un stage, car l'assuré avait présenté un certificat médical dès le 13 décembre 2017. En conclusion, la mesure d'orientation s'était interrompue à cette date. 47. Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2017, l'OAI a informé l'assuré qu'une rente simple de CHF 1'225.- lui serait octroyée conformément au projet de décision. 48. Le 28 février 2018, l'assuré a confirmé que son état de santé ne lui permettait plus de se projeter dans la reprise d'un emploi adapté à 50%, même s'il le souhaitait. 49. Par projet de décision du 28 mai 2018, l'OAI a octroyé à l'assuré un trois quarts de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2017. Suite à une période d'incapacité de travail prolongée, l'assuré avait déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI le 16 janvier 2015. Son statut était celui d'une personne se consacrant à 100% à son activité professionnelle. Selon l'instruction médicale, il présentait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès le mois de novembre 2016. Dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 50% dès le mois d'avril 2017. Son invalidité se calculait de la manière suivante : revenu sans invalidité CHF 73'482.- - revenu avec invalidité CHF 28'768.- = une perte de gain de CHF 44'714.-, ce qui équivalait à un taux d'invalidité de 60,80%. Un degré d'invalidité de 20% minimum ouvrait un droit à des mesures professionnelles. Après analyse, il s'avérait qu'aucune mesure de réadaptation n'était simple ou adéquate, car elle ne permettrait pas de réduire davantage le dommage économique que l'assuré subissait. À l'échéance du délai d'un an, à savoir le 1<sup>er</sup> novembre 2017, l'OAI reconnaissait à l'assuré un trois quarts de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 61%. Sa capacité de travail résiduelle n'étant plus exploitable sur le marché économique du travail, d'autres mesures professionnelles étaient sans objet. 50. Par décision du 16 août 2018, l'OAI a octroyé au recourant un trois quarts de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2017. 51. L'assuré a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 10 septembre 2018 contestant la date de départ des prestations. 52. Par réponse du 16 octobre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il avait pris en compte l'ensemble des atteintes à la santé du recourant qui ne faisait état d'aucun élément objectivable, vérifiable ayant été ignoré dans le cadre de l'instruction et suffisamment pertinent pour remettre en cause ses conclusions. 53. Le 2 novembre 2018, le recourant a informé la chambre de céans qu'il souhaitait que les prestations de l'OAI commencent à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2015. 54. Lors d'une audience du 10 avril 2019 devant la chambre de céans : a. La représentante de l'OAI a déclaré : « En principe, l'OAI envoie la motivation de la décision finale à la caisse de compensation. Cette dernière génère la décision avec le calcul de la rente qu'elle envoie à l'assuré avec la motivation rédigée par l'OAI. On ne met pas la date de la motivation en cas d'octroi car c'est la date de la notification de la décision de la caisse qui fait partir le délai de recours. On fait cela, car il peut y avoir du temps qui passe entre le moment où on envoie la motivation à la caisse et le moment où celle-ci notifie la décision. Je prends note que la chambre se demande si la motivation de la décision du 20 novembre 2014 a bien été notifiée avec la décision de la caisse, les courriers du recourant réclamant une décision pouvant laisser penser que tel n'a pas été le cas. Un délai me sera octroyé pour me déterminer sur ce point (...). Je prends note que la chambre se demande si le courrier du 10 février 2015 n'aurait pas dû être considéré comme demande de notification de décision, voire de recours contre la décision du 20 novembre. Dans cette dernière hypothèse, ce courrier aurait dû être transmis à la chambre des assurances sociales. Je me prononcerai également sur cette interrogation. En l'état, le courrier du 10 février 2015 a été considéré par l'OAI comme une nouvelle

demande. » b. Le recourant a déclaré : « Je ne suis pas très organisé sur le plan administratif. Je prends note que je n'ai adressé à la chambre des assurances sociales avec mon recours que la décision du 16 août 2018 sans la motivation sur le principe de la rente. Je vais contrôler si j'ai reçu cette dernière. J'enverrai à la chambre des assurances sociales copie du dossier dont je dispose (...). Je ne travaille plus depuis octobre 2007. Je suis d'accord avec la dernière décision du 16 août 2018. En revanche, j'estime que j'aurais dû toucher un rétroactif pour 2015 et 2016. On m'a dit que je pouvais demander un rétroactif pendant cinq ans. Je me suis dit que comme j'avais déjà eu un rétroactif jusqu'à 2014, je m'arrêtais à 2015. Ma nièce m'a donné deux ou trois conseils dans le cadre de cette procédure. Elle est avocate fiscale. J'ai d'abord eu des problèmes dorsaux et d'articulations, puis en 2007 j'ai eu un accident avec des plaies. J'ai eu un pioderma. J'ai dû subir des greffes. Les plaies n'arrêtent pas de se rouvrir et de se refermer. Avec le traitement que j'ai eu, j'ai commencé à avoir de l'arthrite ou de l'arthrose. J'ai régulièrement de nouveaux problèmes de santé. J'ai une baisse de mes défenses immunitaires. Une reprise du travail à 50% serait possible dans une activité vraiment adaptée. Je ne sais pas trop dans quel domaine. J'étais peintre en bâtiments et je n'ai pas d'autre formation. » c. La chambre de céans a octroyé un délai au 8 mai 2019 à l'OAI pour se prononcer sur les questions précitées et au recourant pour lui transmettre copie des pièces dont il disposait liées à la présente procédure ou pour les déposer temporairement au greffe. 55. Le recourant a déposé les pièces en sa possession à la chambre de céans le 24 avril 2019. Il a notamment produit :

- le projet d'acceptation de rente du 28 mai 2018, qui comprend la motivation de la décision ;
- la décision du 20 novembre 2014 qui ne contient que la décision de la caisse relative au montant des rentes mais non la motivation de l'OAI relative à la décision ;
- le courrier adressé à la caisse par l'assuré le 10 février 2015 faisant suite à son courrier du 12 janvier 2015. En ce qui concerne le calcul de sa rente future, il ne pouvait accéder à la demande de la caisse, car l'OAI n'avait rendu qu'une décision couvrant uniquement les années 2008 à 2012. Il avait demandé à plusieurs reprises à ce dernier de se déterminer sur l'octroi d'une rente d'assurance-invalidité pour les années 2013, 2014 et 2015, sans succès. Il tiendra la caisse informée dès qu'il obtiendrait une réponse de la part de l'OAI.
- une deuxième version de la décision du 20 novembre 2014, qui comprend cette fois la motivation de l'octroi de la rente. 56. Le 8 mai 2019, l'intimé a indiqué à la chambre de céans avoir pris contact avec la caisse, qui lui avait indiqué que la motivation faisait partie intégrante de la décision du 20 novembre 2014 et qu'elle avait, selon toute vraisemblance, été transmise recourant avec la décision. S'agissant de la qualification du courrier du recourant du 10 février 2015, l'OAI constatait que celui-ci ne pouvait pas être considéré comme un recours contre la décision du 20 novembre 2014, car le recourant indiquait principalement qu'il souhaitait que l'OAI rende des décisions pour les années 2013, 2014 et 2015. Or, un acte de recours devait contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Il ne ressortait pas du courrier susmentionné une quelconque volonté de recourir contre la décision. L'on ne pouvait reprocher à l'OAI de ne pas avoir transmis ce courrier à la chambre des assurances sociales pour raison de compétence. Comme indiqué lors de l'audience, suite à ce courrier, une révision avait été entamée. Le recourant avait déjà adressé un courrier à l'OAI le 15 janvier 2015, dans lequel il indiquait faire suite à la décision du 20 novembre 2014 et demandait la notification des décisions relatives à l'octroi d'une rente d'invalidité pour les années 2013, 2014 2015, dans les plus brefs délais. L'OAI avait répondu, le 16 janvier 2015, qu'il transmettait au recourant une copie de la décision datée du 20 novembre 2014, qui

avait été adressée par la caisse et qu'il n'existait pas d'autre décision. La décision était munie des voies de droit et le recourant n'avait pas interjeté recours. En conséquence, la décision du 20 novembre 2014 était entrée en force et ne pouvait plus être attaquée. L'OAI maintenait en conséquence sa position. 57. Le 14 novembre 2019, l'intimé a informé la chambre de céans que la décision du 20 novembre 2014 avait été envoyée à l'assuré en pli simple et qu'il n'y avait pas de récépissé postal. 58. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

**EN DROIT 1.** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. L'objet du litige porte sur le début du droit du recourant à une rente d'invalidité.

4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre 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 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

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<sup>er</sup> janvier 2008).

6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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. 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. 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). 8. 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). 9. 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). 10. En l'espèce, il convient de déterminer, en premier lieu, si la précédente décision de l'intimé du 20 novembre 2014, qui octroyait une rente d'invalidité à l'assuré jusqu'à fin 2012, est entrée en force. Par projet de décision du 28 avril 2014, l'intimé a octroyé une rente d'invalidité au recourant de degré variable et dit que celui-ci n'avait plus droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Le 27 mai 2014, l'assuré a contesté le projet de décision de l'OAI et fait valoir que depuis le 1<sup>er</sup> février 2008, il avait continuellement eu des problèmes de santé et n'avait jamais eu l'autorisation de travailler à plus de 50% et, qu'en substance, la rente n'aurait pas dû être supprimée dès 2013. L'OAI, soit pour lui la caisse, lui a notifié une décision, le 20 novembre 2014, pour la période du 1<sup>er</sup> février 2008 au 31 décembre 2012, précisant les montants qui lui seraient versés au titre de rente pendant cette période. Le 15 janvier 2015, l'assuré a demandé à l'OAI la notification des décisions relatives à l'octroi d'une rente d'invalidité pour les années 2013, 2014 et 2015. Il ressort de cette demande qu'il n'avait pas compris la portée de la décision du 20 novembre 2014 et qu'il considérait, à tort, que l'OAI ne s'était pas prononcé sur les années 2013 à 2015. En effet, la décision du 20 novembre 2014 portait sur cette période, puisqu'en retenant que le droit à la rente se terminait à fin 2012, cela impliquait que le recourant n'avait pas de droit à une rente de 2013 à 2015. Sous l'angle de la bonne foi et du devoir d'information au sens de l'art. 27 LPGA, l'intimé aurait dû, dans ces circonstances, renseigner l'assuré, qui agissait

sans l'assistance d'un conseil, sur la portée de sa décision, à savoir qu'il n'avait pas droit à une rente d'invalidité dès 2013, et donc en 2013, 2014 et 2015, et lui accorder un délai pour préciser s'il entendait recourir contre la décision et, cas échéant, transmettre son recours à la chambre de céans. Dans un arrêt du 18 mai 2016 ( 9C\_191/2016 ), le Tribunal fédéral a ainsi rappelé que les art. 61 let. b LPGA et 10 al. 5 OPGA, qui prévoient l'octroi d'un délai supplémentaire pour régulariser un acte de recours, respectivement une opposition, visent avant tout à protéger l'assuré sans connaissances juridiques qui, dans l'ignorance des exigences formelles de recevabilité, dépose une écriture dont la motivation est inexistante ou insuffisante peu avant l'échéance du délai de recours ou de l'opposition, pour autant qu'il en ressorte clairement que son auteur entend obtenir la modification ou l'annulation d'une décision le concernant et sous réserve de situations relevant de l'abus de droit (cf. ATF 134 V 162 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_817/2017 ). Il convient ainsi de retenir, sous l'angle de la bonne foi, que le recourant a matériellement signifié à l'OAI son opposition à la décision du 20 novembre 2014, le 15 janvier 2015 et qu'il a ainsi formé valablement un recours contre celle-ci, faute d'avoir été correctement renseigné par l'OAI. Reste à déterminer si le « recours » de l'assuré a été interjeté en temps utile. La décision du 20 novembre 2014 n'ayant pas été adressée à l'assuré en pli recommandé par l'intimé (soit pour lui la caisse), la date de notification de la décision n'est pas déterminable, de sorte que le « recours » doit être considéré comme interjeté en temps utile. Il en résulte que la décision rendue par l'intimé le 20 novembre 2014 n'est pas entrée en force en tant qu'elle niait le droit du recourant à une rente d'invalidité dès janvier 2013. 11. Dès lors, le courrier du recourant adressé à l'intimé le 10 février 2015 ne pouvait pas être traité comme une demande de nouvelle décision, comme l'a fait l'OAI, à teneur de sa décision du 16 août 2018. Il ressort en effet clairement du contenu de ce courrier que le recourant s'estimait toujours incapable de travailler, sans interruption en 2013, comme l'avait retenu l'intimé. Cela a une incidence directe sur le début du droit à la rente du recourant et justifie, en conséquence, l'annulation de la décision du 16 août 2018. 12. Il apparaît par ailleurs possible que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas durablement amélioré, suite au rapport établi le 27 juillet 2012 par la Dresse H\_\_\_\_\_, et qu'il était peut-être incapable de travailler de 2013 à 2015, ce qui a été attesté par le Dr K\_\_\_\_\_ le 25 octobre 2016, qui retenait que son état de santé s'était aggravé depuis trois ans avec des changements dans les diagnostics ayant une influence négative sur la capacité de travail. Dans le même sens, la Dresse L\_\_\_\_\_ a indiqué, le 18 avril 2017, que l'état de santé du recourant était stationnaire depuis 2013 et qu'il était incapable de travailler dans toute activité, avec une reprise envisageable à 50% dans une activité non physique. Le SMR ne pouvait ainsi retenir une aggravation de l'état de santé du recourant dès novembre 2016 sur la base des rapports précités. Une instruction complémentaire doit donc être effectuée. 13. Le recours est ainsi partiellement admis. La décision rendue par l'intimé le 16 août 2018 sera en conséquence annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur le droit du recourant à une rente dès janvier 2013. 14. Il ne sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant, qui n'était pas représenté et n'a pas fait valoir de frais engendrés par la procédure (art. 61 let. g LPGA. 15. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :