

GE_GERICHTE A/3279/2018 vom 17. Dezember 2019

GE Cour de justice, 2019-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3279_2018

FR: GE_GERICHTE A/3279/2018 du 17 décembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/3279/2018 del 17 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

ère 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), ressortissant nigérian né en 1972, a été employé comme agent d'entretien à raison de 12 heures par semaine pour un salaire brut de CHF 18.40, et comme distributeur de journaux à raison de 14 heures par semaine. Son revenu brut pour cette dernière activité s'est élevé à CHF 21'632.10 en 2014. 2. Une IRM de la colonne lombaire de l'assuré du 20 mars 2015 s'est révélée dans la norme, hormis une discrète protrusion discale circonférentielle en L4-L5 sans conflit disco-radicaire net. Il n'y avait pas de sténose canalaire ou neuro-foraminaire. 3. Un médecin du Département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a attesté un arrêt de travail complet de l'assuré dès le 11 mai 2015. La reprise du travail était prévue le 1^{er} juin 2015. 4. Dans son rapport du 30 juin 2015, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a noté que l'assuré présentait depuis six mois une claudication lombo-radicaire dans les territoires L5 bilatéraux, persistant malgré le traitement. À l'examen clinique, il ne retrouvait pas de syndrome déficitaire ni de signes irritatifs, et une IRM récente du rachis lombaire ne montrait pas de conflit neurologique susceptible de l'expliquer. Il préconisait un avis neurologique. 5. Dans un rapport du 6 août 2015, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué que l'examen montrait une sensibilité à la mobilisation du rachis lombaire sans déficit de la force, de la sensibilité ou des réflexes des membres inférieurs. L'électroneuromyographe (ENMG) des membres inférieurs était normal, sans évidence d'atteinte radicaire ou tronculaire. Partant, l'assuré semblait présenter une lombosciatalgie à bascule non déficitaire. 6. Consulté une nouvelle fois par l'assuré le 11 août 2015, le Dr B_____ a retenu que les examens étaient plutôt rassurants mais n'expliquaient pas vraiment les douleurs de l'assuré. Il s'agissait peut-être d'un syndrome myofascial. Une IRM lombaire devait être réalisée. 7. A la suite de l'IRM réalisée le 19 août 2015, le Dr B_____ a posé le diagnostic primaire de lombo-radicalgie L5 bilatérale claudicative chronique, sur probables irritations radicales récessales dans le cadre d'un rétrécissement canalaire L4-L5 dégénératif. Ce rétrécissement et l'arthrose zygapophysaire menant à un conflit L5 des deux côtés « expliquaient les choses ». La durée d'évolution dégradait le pronostic. Le médecin avait expliqué à l'assuré qu'une infiltration épidurale dans un premier temps, ou une intervention chirurgicale de recalibration canalaire, pouvait être envisagée. L'assuré allait y réfléchir. 8. Dans ses rapports des 2 et 7 septembre 2015, la docteure D_____, praticienne FMH, a posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de perforation d'ulcère duodénal et de sciatalgie bilatérale dans le cadre d'un canal lombaire étroit. L'assuré avait subi une suture de l'ulcère aux HUG. L'incapacité de travail était totale du 1^{er} juin au 22 octobre 2015. 9. Le 21 octobre 2015, l'assuré a déposé une demande

de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé). 10. Dans son rapport du 31 octobre 2015, le Dr B_____ a confirmé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de lombo-radiculalgie L5 bilatérale claudicative chronique sur probables irritations radiculaires récessales dans le cadre d'un rétrécissement canalaire L4-L5 dégénératif depuis 2014. L'assuré avait en outre subi une intervention chirurgicale digestive, sans incidence sur sa capacité de travail. Il décrivait depuis six mois des douleurs paravertébrales thoraco-lombaires irradiantes, qui se manifestaient particulièrement à la marche. Le pronostic était bon, avec des douleurs intermittentes possibles. L'incapacité de travail était totale depuis le 11 mai 2015. L'activité pouvait être reprise à 50 % avec un rendement réduit en cas d'activités trop intenses ou de déplacements répétitifs. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas d'activités uniquement assis, debout ou en marchant, en rotation assis ou debout, sur une échelle ou sur un échafaudage. 11. La Dresse D_____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré du 1^{er} au 22 novembre 2015. 12. Dans un rapport du 31 décembre 2015, la Dresse D_____ a indiqué que le rendement dans l'activité habituelle était réduit en raison du port de charges et des kilomètres à parcourir. Un changement de poste permettrait l'exercice d'une activité à 100 %. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas d'activité uniquement debout ou dans différentes positions, en marchant, en se penchant, accroupi, à genoux ou les bras au-dessus de la tête, pas de port de charges, pas de travaux sur une échelle ou sur un échafaudage. Un poste de travail non physique devait être envisagé. Le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail était un canal lombaire étroit avec claudication bilatérale chronique. En outre, l'assuré souffrait d'une hépatite B et d'une pneumopathie pleurale nosocomiale droite, ainsi que d'un état anxio-dépressif, sans incidence sur sa capacité de travail. 13. Dans un avis du 26 juillet 2016, la docteure E_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu les limitations fonctionnelles suivantes: éviter le port de charges de plus de 5 kg, les activités en porte-à-faux du rachis ou en position assise ou debout prolongée, ou en marchant. Il fallait privilégier un poste léger où l'assuré pourrait changer de position à sa guise. Le SMR considérait que les lombalgies étaient une atteinte incapacitante durable. La capacité de travail était définitivement nulle dans l'activité habituelle, et entière dans une activité adaptée depuis le 31 décembre 2015, selon les indications de la Dresse D_____. 14. Dans une note du 11 août 2016, l'OAI a retenu un statut mixte, avec une part de 60 % dans la sphère professionnelle, compte tenu de l'activité de porteur de journaux à 32 % (14 heures par semaine contre 42 heures 30 habituelles dans la branche) et de celle de nettoyeur de 28 % (12 heures par semaine contre 42 heures 30 habituelles dans la branche). 15. L'OAI a procédé à une enquête ménagère au domicile de l'assuré le 27 septembre 2016. L'enquêtrice a noté que ce dernier s'était marié en 2008. Deux enfants, nés en 2006 et 2010, étaient nés de cette union. Il avait en outre trois enfants restés au Nigeria. Son épouse travaillait auparavant mais n'avait plus d'emploi et avait épuisé son droit aux indemnités de chômage. Sans atteinte à la santé, l'assuré exercerait une activité pour nourrir sa famille et être indépendant. Il aurait voulu travailler à plein temps et avait fait des recherches sans succès. Il avait dû se contenter des activités exercées jusqu'en 2015. Avant son atteinte à la santé, il partageait les tâches ménagères avec son épouse. Il disait ne pas être empêché dans ses activités ménagères depuis son atteinte. Le total des empêchements détaillés par l'enquêtrice s'élevait à 7.3 %. 16. L'assuré a subi une décompression sélective L4-L5 gauche, avec undercutting droit le 16 décembre 2016. 17. Dans la lettre de sortie du 23 décembre 2016, le docteur F_____, médecin au Service de neurochirurgie des HUG, a noté que

l'intervention s'était déroulée sans complication. Au réveil, l'assuré ne présentait pas de déficit neurologique. Les suites étaient favorables, avec des douleurs contrôlées. L'assuré présentait une récurrence de lombosciatalgie, calmée avec une antalgie simple, sans déficit neurologique. L'incapacité de travail était totale du 16 décembre 2016 au 30 janvier 2017.

18. Le 10 mai 2017, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel sa demande de rente et de mesures professionnelles était rejetée. Selon le SMR, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle mais complète dans une activité adaptée dès décembre 2015. L'OAI a retenu un statut mixte, avec une part professionnelle de 60 %. Il a pris en considération un revenu d'invalidé correspondant au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives (tableau T 1, tous secteurs confondus de l'enquête suisse sur la structure des salaires [ESS]), soit un revenu de CHF 39'980.- à 60 % en 2015. Une réduction supplémentaire de 10 % était accordée pour tenir compte des limitations fonctionnelles et de l'activité légère seule possible. Le salaire pris en compte était ainsi de CHF 35'982.-. Quant au revenu sans invalidité, il correspondait au revenu que l'assuré aurait réalisé en 2015, soit CHF 28'343.-. La comparaison des revenus n'aboutissait à aucune perte de gain. Compte tenu des empêchements de 7 % dans le ménage, pondérés à 40 %, le degré d'invalidité était de 2.8 %, ce qui n'ouvrait pas le droit aux prestations. L'assuré pouvait toutefois déposer une demande d'aide au placement.

19. Le 19 mai 2017, la Dresse D_____ a transmis à l'OAI un rapport du 18 mai 2017 du docteur F_____, médecin au Service de neurochirurgie des HUG, aux termes duquel l'assuré présentait un status après décompression sélective L4-L5 gauche avec undercutting droit le 16 décembre 2016 pour une sténose récessale bilatérale L4-L5. L'assuré n'avait toutefois pas constaté d'amélioration et continuait à décrire des douleurs survenant après plus de 30 minutes de marche. Le nouveau bilan radiologique ne montrait pas de complication, et la décompression du canal était correcte. L'imagerie n'expliquait pas les gênes résiduelles de l'assuré. Le médecin préconisait un doppler des membres inférieurs avec un avis angiologique, afin d'exclure une origine vasculaire à la claudication.

20. Dans un rapport du 6 janvier 2018, la Dresse D_____ a qualifié l'état de l'assuré de stationnaire. Elle signalait un nouveau diagnostic depuis septembre 2017, soit un syndrome dépressif réactionnel (F 32.9), avec une psychothérapie en cours. Il n'y avait pas eu d'aggravation et les limitations fonctionnelles étaient la marche plus d'une heure et la station debout. Une reprise du travail était possible à 50 % dans une activité adaptée.

21. Dans son rapport du 19 avril 2018, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a fait état d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée. L'assuré traversait une situation difficile dans le cadre de sa relation conjugale et à la suite de complications de santé, qui l'invalidaient totalement pour le moment. La prise de conscience de sa réalité somatique et relationnelle avait influencé sur son état psychique, avec une évolution de type dépression réactionnelle. Un diabète récemment diagnostiqué avait encore fragilisé son état psychique. Sa thymie était basse, accompagnée d'une angoisse de perte de son potentiel physique et psychique, qui lui faisait craindre de ne plus pouvoir assumer ses responsabilités. L'angoisse créait une tendance au repli sur soi et une fragilité émotionnelle et relationnelle. Les diagnostics étaient ceux de trouble de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive à la suite de maladies somatiques (F 43.22) et épisodes récurrents de dépression réactionnelle (F 33.2). Le pronostic était défavorable, compte tenu de la difficulté à stabiliser l'état psychique de l'assuré, qui ne lui permettait pas d'envisager une activité lucrative pour le moment. Les efforts physiques, la concentration, la précision et un programme contraignant et irrégulier. Une réadaptation

pourrait être envisagée, pour autant qu'elle tienne compte de ses fragilités et de ses défaillances. Son état anxieux et dépressif risquait de se dégrader sous l'influence des facteurs de stress. 22. Dans un avis du 15 août 2018, les doctoresses H_____ et E_____, du SMR, ont indiqué que selon un entretien téléphonique du 13 août 2018 avec le Dr G_____, l'assuré était en mesure sur le plan psychique de reprendre une activité lucrative. Le psychiatre considérait que la capacité de travail pouvait être entière dans une activité adaptée, en débutant à 50 %. Ainsi, la capacité de travail était définitivement nulle depuis le 11 mai 2015. Dans une activité adaptée, elle était totale depuis décembre 2015, nulle dès le 16 décembre 2016, de 50 % pour trois mois dès juin 2017 et de 100 % ensuite. 23. Par décision du 20 août 2018, l'OAI a confirmé le refus de rente et de mesures professionnelles. Il a repris les termes de son projet, en se référant au dernier avis du SMR. 24. L'assuré, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI le 19 septembre 2018. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'audition des Drs F_____ et G_____, et sur le fond à l'annulation de la décision de l'intimé, à l'octroi d'une rente entière ou partielle en fonction de sa capacité de gain effective dès le 22 octobre 2015, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, et subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise psychiatrique et orthopédique. Il a soutenu que l'intimé n'avait pas indiqué l'activité adaptée qu'il pourrait exercer, ce qui constituait un défaut de motivation. Il a rappelé les diagnostics rapportés par ses médecins, au vu desquels on voyait mal comment l'intimé pouvait retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Les rapports du SMR ne constituaient pas un examen médical. L'intimé avait ainsi méconnu la portée de son devoir d'instruction. 25. Dans sa réponse du 10 octobre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a allégué avoir tenu compte de tous les éléments médicaux. Une expertise ne se justifiait pas. Le marché du travail offrait une palette suffisamment large d'activités adaptées, de sorte qu'il n'était pas nécessaire de déterminer précisément les activités entrant en ligne de compte. 26. Par courrier du 5 novembre 2018 à la chambre de céans, le mandataire du recourant a indiqué qu'il avait cessé de le représenter. 27. Le 27 mai 2019, la chambre de céans a invité le Dr G_____ à confirmer les propos retranscrits par le SMR à la suite de l'entretien téléphonique du 13 août 2018. 28. Par courrier du 8 juillet 2019, le Dr G_____ a répondu que l'avis du SMR du 15 août 2018 démontrait une confusion sur le type d'activité que le recourant était en mesure de fournir. Le Dr G_____ ne s'était pas prononcé sur une activité lucrative, mais il avait proposé de commencer par une réinsertion professionnelle à 50 % dans une activité adaptée, conformément à son rapport du 19 avril 2018 dans lequel il avait confirmé que la capacité de travail du recourant se dégradait progressivement depuis septembre 2018 (sic). Actuellement, la capacité de travail du recourant était peut-être de 30 % de sa capacité de travail habituelle de 60 %. Par contre, des facteurs pouvaient empêcher sa réinsertion, comme la non-maîtrise de la langue française, la passivité dans laquelle il était immergé, et l'amplification de difficultés relationnelles récurrentes avec son entourage familial, qui renforçaient son sentiment de nullité et de ruine. Le Dr G_____ constatait par ailleurs une diminution manifeste de ses capacités physiques, une fatigabilité importante, des douleurs dorsales et dans les membres inférieurs, avec répercussions sur son autonomie fonctionnelle et sur sa motricité. 29. Invité à se déterminer sur le rapport du Dr G_____, l'intimé s'est prononcé le 24 juillet 2019 en persistant dans ses conclusions. Il a déclaré se rallier à l'avis du SMR du 24 juillet 2019, produit à l'appui de son écriture. Dans ce document, la Dresse I_____ a retenu que le Dr G_____ ne justifiait pas les raisons médicales objectives qui l'amenaient à admettre une diminution de la capacité de travail. Il n'attestait pas un changement de diagnostic, de limitations fonctionnelles ou de traitement. De plus, il avait

posé le diagnostic d'épisode dépressif, sans précision, ce qui indiquait qu'il n'avait pas de critère pour retenir un épisode dépressif moyen ou sévère susceptible d'entraîner une répercussion sur la capacité de travail de manière durable. De plus, il évoquait des facteurs non médicaux. Enfin, l'affirmation selon laquelle une capacité de 50 % dans une activité adaptée ne correspondait pas à une activité lucrative était un non-sens. Partant, le SMR maintenait ses conclusions du 15 août 2018. Quand bien même il y aurait une aggravation de l'état de santé, elle était postérieure à la décision attaquée. 30. Le 14 novembre 2019, la chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant. 31. 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 les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 3. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité. 4. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 28 al. 2 LAI). 5. Selon l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital. Il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a). 6. En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée

par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 7. Lors de l'examen initial du droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues, soit la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA), la méthode spécifique (art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité [RAI - RS 831.201] et 8 al. 3 LPGA), ou la méthode mixte (art. 28 al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_82/2016 du 9 juin 2016 consid. 3.2). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). On rappellera encore que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité est une question de droit. En revanche, la constatation du statut (comme personne sans invalidité), c'est-à-dire le point de savoir si et dans quelle mesure l'assuré aurait exercé une activité lucrative, relève d'une question de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 2.2 et les références). 8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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, ATF 115 V 133 consid. 2). 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 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 de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, ATF 122 V 157 consid. 1c). L'art. 59 al. 2 bis LAI dispose que les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Selon l'art. 49 al. 1 RAI, les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral. Selon la jurisprudence, les avis du SMR au sens de ces dispositions, lesquels ne contiennent aucune observation clinique faute d'un examen de l'assuré, se distinguent des expertises ou des examens médicaux auxquels le SMR peut également procéder. Ils ont seulement pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1). Ces rapports ne sont certes pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'OAI ou le juge se fonde de manière déterminante sur leur contenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière d'appréciation des preuves. Des investigations supplémentaires devront être ordonnées 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. 5.1 et les références). 9. Le Tribunal fédéral a récemment établi une nouvelle procédure pour déterminer la capacité de travail réellement exigible dans les cas de syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées, nécessitant désormais un établissement des faits structuré et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de l'assuré d'autre part. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence rendue jusque-là, mais sur une grille d'analyse comportant des indicateurs rassemblant les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique, concernant les catégories du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Ces indicateurs sont les éléments pertinents pour le diagnostic et les symptômes, le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers, les comorbidités, les diagnostics de la personnalité et les ressources personnelles, le contexte social, le comportement de l'assuré, la limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie, et le poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). Notre Haute Cour a par la suite étendu cette jurisprudence à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (arrêt du Tribunal fédéral 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1). 10. En l'espèce, il convient

en premier lieu de revenir sur le statut du recourant. Ce dernier a exposé à l'enquêtrice que ce n'était qu'en raison de recherches infructueuses d'un emploi à plein temps qu'il avait dû se rabattre sur plusieurs activités à temps partiel. Il n'existe aucun élément au dossier justifiant que l'on remette en doute ces déclarations, et il est plus que vraisemblable au vu de sa situation financière et familiale que la limitation de son taux d'activité ne résulte pas d'un choix opéré par convenance personnelle, mais de circonstances liées au marché du travail. C'est donc à tort que l'intimé a fondé son calcul du degré d'invalidité sur la méthode mixte, et il faut reconnaître un statut d'actif au recourant. Par ailleurs, s'agissant de l'exigibilité médico-théorique d'une activité lucrative exercée à plein temps, force est de constater qu'elle n'a pas été établie à satisfaction de droit. On peut certes retenir, notamment au vu du rapport de la Dresse D_____ du 31 décembre 2015, que l'état de santé du recourant est désormais compatible avec une telle activité du point de vue somatique. Tel n'est cependant pas le cas au plan psychique. Les prises de position du SMR sur ce point ne sont en particulier pas suffisantes. En effet, l'avis du 15 août 2018 des Dresses H_____ et E_____ se fonde sur des informations erronées, le Dr G_____ ayant confirmé dans son courrier du 8 juillet 2019 qu'une activité n'était selon lui pas possible, à tout le moins à temps complet, en raison des atteintes psychiques du recourant. L'appréciation de ce psychiatre ne peut en outre pas être écartée sur la base de l'avis de la Dresse I_____. En effet, les lacunes que le SMR voit dans les rapports du Dr G_____ ne suffisent pas à exclure le diagnostic posé par ce dernier, ni son éventuelle incidence sur sa capacité de travail. C'est le lieu de rappeler ici qu'il incombe à l'assureur d'instruire d'office la demande en vertu de l'art. 43 LPGA. Si le SMR considérait les renseignements fournis par le Dr G_____ insuffisants, il lui appartenait précisément de proposer des investigations supplémentaires, comme cela ressort de la jurisprudence développée ci-dessus, mais il ne pouvait en aucun cas se contenter - en l'absence d'un autre rapport médical analysant de manière probante l'incidence de troubles psychiques - de conclure à une pleine capacité de travail. Par ailleurs, l'affirmation par la Dresse I_____ qu'une aggravation serait postérieure à la décision attaquée est infondée : le Dr G_____ rapportait en effet en avril 2018 déjà, soit avant la décision dont est recours, que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et qu'elle était limitée dans une activité adaptée. La mention par ce psychiatre d'une aggravation progressive remontant à septembre 2018 dans son courrier du 8 juillet 2019 résulte ainsi d'une coquille. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans ne dispose pas d'éléments suffisants pour statuer sur le droit aux prestations du recourant. Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en oeuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, puisque l'intimé n'a pas procédé à une instruction dans les règles de l'art. Il lui appartiendra ainsi de compléter l'instruction diligentant une expertise psychiatrique dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9), puis de rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de dite expertise, après avoir procédé à un nouveau calcul d'invalidité selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. Eu égard à l'issue du litige, la chambre de céans renoncera à l'audition des médecins traitants du recourant, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1). 11. Le recours est partiellement admis. Le recourant, représenté au début de la procédure, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 800.- (art. 61 let. g LPGA). L'intimé supporte l'émolument de procédure, qui sera fixé à CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). 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.