



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1357/2019

ATAS/702/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 13 août 2019

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Andres PEREZ, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1958, a travaillé comme maître d'éducation physique dans l'enseignement primaire du canton de Genève depuis 1981 à un taux de 82,5 %.
2. Au mois de février 2016, l'assuré a été victime d'un accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC).
3. En raison d'une atteinte lombaire, l'assuré a été mis en arrêt de travail à 100 % à compter du 29 février 2016.
4. Dans un rapport du 12 avril 2016, le docteur B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a retenu le diagnostic de lumbagos mécaniques invalidants sur altération dégénérative multiétagée L1 jusqu'au sacrum.

Un rapport relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 9 février 2016 décrivait une dégénérescence discale L1-L2 jusqu'à L5-S1 avec une hernie discale L2-L3 médiane et paramédiane droite, avec un conflit de la racine L3 à droite. Il y avait également une protusion discale L3-L4 avec un contact des racines L4 à prédominance droite, et une hernie discale L4-L5 en contact avec la racine L5 à gauche sans signe de compression.

Il convenait de compléter le diagnostic avec des radiographies de la colonne.

5. Le 21 septembre 2016, l'assuré a été opéré aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) par le Dr B_____ et le docteur C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, d'une spondylodèse aux trois niveaux lombaires L2-L5, avec fixation postéro-latérale.
6. Le 19 décembre 2016, l'assuré a consulté le Dr C_____ pour un contrôle postopératoire.

Dans un rapport rédigé le lendemain, le Dr C_____ a confirmé le diagnostic préopératoire retenu par le Dr B_____ et constaté la persistance d'un déséquilibre sagittal déjà présent en préopératoire, et une probable irritation des muscles des moyens fessiers bilatéraux.

L'opération avait permis une nette amélioration des douleurs lombaires, mais il persistait une douleur vive dans la région fessière bilatéralement, irradiant à mi-cuisse postérieure.

L'assuré était en arrêt de travail à 100 % pour une durée supplémentaire de deux mois. Une réadaptation professionnelle devait être exigée avec des limitations de charges au niveau lombaire.

7. Le 5 avril 2017, l'assuré s'est présenté aux HUG pour une consultation semi-urgente due à des lombosciatalgies gauches.

Le docteur D_____, chef de clinique, et le docteur E_____, médecin interne, tous deux spécialisés en neurochirurgie, ont relevé, dans un rapport établi le lendemain,

que l'assuré consultait pour des lombalgies associées à des douleurs au niveau de la fesse gauche et à de rares paresthésies au niveau de la face antérieure de la cuisse gauche. Il se plaignait d'un périmètre de marche réduit à environ trente minutes.

Ils constataient toutefois une bonne évolution après la chirurgie lombaire. Étant à plus de six mois après l'intervention, ils proposaient une reprise progressive de son activité professionnelle en évitant les mouvements brusques et le port de charges.

8. Une tentative de reprise du travail à des fins thérapeutiques en mai 2017 s'est soldée par un échec.
9. Le 18 mai 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), dans laquelle il a indiqué, s'agissant de ses atteintes à la santé, souffrir de douleurs lombaires très invalidantes (incapacité de se redresser, de marcher), et avoir subi un AVC et des embolies pulmonaires.
10. Le 30 août 2017, l'assuré a subi une intervention chirurgicale viscérale effectuée par le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin adjoint au service de chirurgie viscérale des HUG.
11. Dans un préavis du 15 novembre 2017, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin associé en santé-travail de l'État de Genève, a relevé que l'évolution de l'état de santé de l'assuré n'était pas satisfaisante. L'absence à 100 % se poursuivrait probablement jusqu'à la fin du droit au salaire. Le pronostic était réservé quant à la poursuite de son activité en qualité de maître d'éducation physique, compte tenu de l'importance des limitations fonctionnelles.
12. À teneur d'une note de travail de l'OAI du 12 janvier 2018, l'intervention chirurgicale de l'assuré du 30 août 2017 n'aurait pas eu l'effet escompté.
13. Le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a indiqué dans un rapport du 22 janvier 2018 que la capacité de travail exigible de son patient était de 0 %, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Les causes de l'incapacité de travail étaient un AVC occipital ischémique en 2016 avec trou dans le champ visuel, une spondylodèse L2-L5 en 2016 avec lombalgies chroniques, des embolies à répétition asymptomatiques et une hernie para-œsophagienne. Le pronostic était mauvais.

En sus de l'opération de la spondylodèse en septembre 2016, l'assuré avait été opéré à deux reprises d'une hernie para-œsophagienne en août 2017.

Aucune des activités listées dans le formulaire envoyé par l'OAI n'était exigible (à savoir : des activités uniquement en position assise, uniquement en position debout, dans différentes positions ou principalement en marchant, le fait de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, d'être accroupi, à genoux, de soulever et porter, de monter sur une échelle ou un escalier. Le port de charge maximal exigible était de 2 kg). Les capacités de concentration, de compréhension et

d'adaptation n'étaient pas limitées. Par contre, la résistance de l'assuré était limitée en raison de ses lombalgies chroniques.

14. Le 17 janvier 2018, l'assuré a consulté le service de neurologie des HUG en raison d'une récurrence de ses lombalgies.

Dans un rapport sur cette consultation du 31 janvier 2018, les docteurs I_____, médecin chef de clinique, et J_____, médecin interne, tous deux spécialisés en neurochirurgie, ont relevé qu'à plus d'un an et demi de la chirurgie, l'évolution était partiellement favorable, avec persistance d'une limitation fonctionnelle significative en raison des douleurs lombaires basses, probablement dans le contexte du déséquilibre sagittal de l'assuré. Les nouvelles douleurs dorsales hautes et de la charnière dorso-lombaire pouvaient être suggestives d'une maladie de segment sous-jacent. Il convenait donc de compléter le bilan par une nouvelle IRM lombaire.

15. Dans un rapport du 28 mars 2018, le Dr F_____ a retenu comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré les troubles lombaires déjà évoqués ainsi que l'embolie pulmonaire récidivante.

Le travail d'enseignant n'était plus possible en raison d'une aérophagie gastrique permanente apparue à la suite de la cure de son hernie.

Aucune heure de travail n'était actuellement envisageable, que ce soit dans l'activité exercée jusqu'ici ou dans une activité tenant compte de ses atteintes à la santé. Toutefois, si le traitement était efficace, une réadaptation restait possible.

16. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) s'est prononcé sur le cas de l'assuré le 17 mai 2018.

Il retenait comme principale atteinte à la santé des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec déséquilibre sagittal persistant, et, comme pathologie associée du ressort de l'AI, une aérophagie gastrique après cure de hernie hiatale.

Parmi les diagnostics associés qui n'étaient pas du ressort de l'AI, le SMR retenait notamment un syndrome d'apnée du sommeil appareillé, une maladie thromboembolique récidivante, un AVC ischémique occipital gauche et un reflux gastro-œsophagien avec hernie hiatale opérée.

Compte tenu des rapports médicaux contenus au dossier, il était médicalement justifié de reconnaître une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée épargnant le rachis lombaire et ne requérant pas de communication orale publique soutenue.

La capacité de travail exigible était de 0 % dans l'activité habituelle, mais de 100 % dans une activité adaptée.

17. Dans une note du 27 septembre 2018, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité à 44,1 %. Le revenu annuel brut sans invalidité était de CHF 103'233.- et le revenu

brut raisonnablement exigible était de CHF 57'723.- (soit CHF 72'153.- dont il convenait de déduire un abattement de 20 % en raison de ses limitations fonctionnelles, son âge et ses années de service). La perte de gain subie était de CHF 45'510.-.

18. Par projet de décision du 2 novembre 2018, l'OAI a informé l'assuré qu'il lui reconnaissait, à compter du 1^{er} novembre 2017, le droit à un quart de rente basé sur un taux d'invalidité de 44 %. Aucune invalidité n'était reconnue dans la sphère des travaux habituels.
19. L'assuré s'est opposé à ce projet de décision par courrier du 7 janvier 2019.
20. Dans un certificat du même jour, le Dr H_____ a indiqué que la situation médicale de l'assuré était loin d'être résolue s'agissant de ses problèmes digestifs et lombaires, et qu'il était toujours en arrêt de travail à 100 %.
21. Par décision du 7 mars 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il a toutefois recalculé le degré d'invalidité, retenant qu'il était de 47 %. À nouveau, il ne reconnaissait aucune invalidité dans la sphère des travaux habituels.

Dans sa motivation, l'OAI a indiqué qu'après appréciation des éléments avancés dans le cadre des objections fondées de l'assuré, il convenait de retenir un abattement de 25 % en lieu et place de 20 %.

L'OAI précisait que le statut d'assuré retenu était celui d'une personne se consacrant à 82,5 % à son activité habituelle et, pour les 17,5 % restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. Dans sa situation particulière, le degré d'empêchement dans les travaux habituels n'avait pas d'influence sur l'« échelle de rente ». Par conséquent, aucune enquête à domicile ne serait effectuée.

22. En date du 4 avril 2019, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son conseil, a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) à l'encontre de la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation. Il concluait, principalement, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée, et, subsidiairement, à ce que le dossier soit retourné à l'intimé pour instruction complémentaire.

L'avis du SMR n'était pas suffisamment motivé pour fonder la décision attaquée. Par ailleurs, le taux d'invalidité avait été calculé de manière erronée. Depuis janvier 2018, le revenu sans invalidité devait certes être extrapolé à 100 %, ce qui n'était pas le cas du revenu d'invalidité. Celui-ci devait être ramené à 82,5 %, ce qui donnait un salaire annuel avec invalidité de CHF 44'644.88 et un taux d'invalidité de 57 %.

Enfin, l'OAI avait violé son devoir d'instruction d'office en ne complétant pas le dossier médical par une expertise et en ne diligentant pas d'enquête ménagère.

23. L'intimé s'est déterminé sur le recours le 2 mai 2019, concluant à son rejet.

À la suite d'une modification législative, le revenu sans invalidité n'était plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais il était désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps. La détermination du revenu d'invalidité demeurait par contre inchangée. Les critiques du recourant sur le calcul de l'invalidité étaient dès lors infondées, l'intimé ayant procédé de manière conforme à la législation en vigueur.

S'agissant enfin de l'enquête à domicile, une incapacité totale pour le ménage ne pourrait concerner qu'une personne totalement impotente. Or, les limitations fonctionnelles retenues en l'espèce n'empêchaient pas le recourant d'effectuer les tâches ménagères, à son rythme. Par ailleurs, compte tenu de la proportion entre l'activité lucrative et les travaux habituels, même dans le cas d'un empêchement dans les activités ménagères, l'invalidité n'atteindrait pas le taux requis par la loi, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une enquête sur l'activité usuelle dans le ménage.

24. Le 27 mai 2019, le recourant a répliqué, persistant dans ses conclusions et développant ses griefs en réponse aux arguments de l'intimé.
25. L'intimé a dupliqué le 17 juin 2019, renvoyant à ses précédentes écritures.
26. Sur quoi, 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée, sur le calcul du taux d'invalidité et sur la nécessité d'ordonner une enquête ménagère.
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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

7. La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier.
 - a. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4).
 - b. Chez les assurés qui travaillaient dans le ménage avant d'être atteints dans leur santé physique dont il ne peut être exigé qu'ils exercent une activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI), le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). L'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), dans sa version en vigueur jusqu'au

31 décembre 2017, dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères au domicile de la personne et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3087 et ss. de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité (office fédéral des assurances sociales, CIIAI, état au 1^{er} janvier 2016). Aux conditions posées par la jurisprudence, un tel rapport d'enquête a valeur probante : il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 consid. 4).

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

c. Selon le droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017, chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3). Ainsi, dans le cadre de la méthode mixte, il faut se fonder sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux domaines, par analogie avec la détermination du taux d'invalidité (ATF 130 V 97 consid. 3.4).

d. Une modification de l'art. 27 bis al. 2 et 3 RAI est entrée en force le 1^{er} janvier 2018, à la suite d'un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme constatant le caractère discriminatoire de l'application de la méthode mixte pour la grande majorité des femmes souhaitant travailler à temps partiel à la suite de la naissance d'un enfant (arrêt du 2 février 2016 Di Trizio contre Suisse, n° 7186/09 § 80-104).

Selon la nouvelle teneur de cette disposition, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (let. a) et le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (let. b).

Avec cette nouvelle réglementation, le calcul du taux d'invalidité pour la partie concernant l'activité lucrative continue d'être régi par l'art. 16 LPGA (cf. art. 27 bis al. 3 RAI). L'élément nouveau est que le revenu sans invalidité n'est plus déterminé sur la base du revenu correspondant au taux d'occupation de l'assuré, mais est désormais extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (cf. art. 27 bis al. 3 let. a RAI). La détermination du revenu d'invalidité est, quant à elle, inchangée. La perte de gain exprimée en pourcentage du revenu sans invalidité est ensuite pondérée au moyen du taux d'occupation auquel l'assuré travaillerait s'il n'était pas invalide (cf. art. 27 bis al. 3 let. b RAI ; Gisella MAURO, Ralph LEUENBERGER, Changements dans la méthode mixte in Sécurité sociale, CHSS 1/2018).

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.

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 LPGGA) 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).

9. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.

b. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode

générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1 et ATF 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). 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).
11. 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 œuvre 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 œuvre 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. En l'espèce, l'intimé a retenu comme diagnostic principal ayant un effet sur la capacité de travail du recourant des lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec déséquilibre sagittal persistant, et, comme pathologie associée du ressort de l'AI, une aérophagie gastrique après cure de hernie hiatale. Il a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle à compter du 1^{er} mars 2016, et une capacité de travail entière dans une activité adaptée à compter du 19 décembre 2016. Citant les différents rapports médicaux figurant au dossier, le SMR en conclut qu'il serait médicalement justifié de reconnaître une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 1^{er} mars 2016, et une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée épargnant le rachis lombaire et ne requérant pas de communication publique et orale soutenue.

De son côté, le recourant conteste qu'il aurait une capacité de travail totale dans une activité adaptée, et s'étonne que l'intimé n'ait pas considéré que l'AVC occipital ischémique avec trou dans le champ de vision et les embolies pulmonaires à répétition étaient des diagnostics ayant un effet sur sa capacité de travail.

Le recourant reproche ainsi à l'intimé d'avoir procédé à une instruction lacunaire du dossier, en se limitant à requérir un avis de son SMR et en n'ayant ordonné aucune expertise. Il reproche par ailleurs au rapport du SMR de ne pas se baser sur un examen complet de la situation et de ne pas être assez motivé.

La chambre de céans constate que dans son avis du 17 mai 2018, le SMR se contente de relever que « contrairement à l'avis des neurochirurgiens », le médecin traitant avait jugé les douleurs lombaires du recourant totalement incapacitantes dans tout activité.

Or, il ressort du dossier que de tous les médecins consultés, seul le Dr H_____ s'est prononcé sur la capacité résiduelle du recourant dans une activité adaptée,

qu'il a estimée nulle. Aucun des spécialistes en neurochirurgie consultés ne s'est réellement déterminé sur la question : en décembre 2016, soit trois mois après l'intervention chirurgicale subie par le recourant, le Dr C_____ a simplement retenu qu'il conviendrait d'exiger une réadaptation professionnelle avec des limitations de charges au niveau lombaire, sans en dire plus sur la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée. Le 31 janvier 2018, les Drs I_____ et J_____ ont relevé qu'à plus d'un an et demi de la chirurgie, l'évolution était partiellement favorable, mais que des nouvelles douleurs pouvaient être suggestives d'une maladie de segment sous-jacent, et qu'il convenait donc de compléter le bilan par une nouvelle IRM lombaire.

Par ailleurs, le SMR n'a pas pris en considération les autres causes d'incapacité de travail du recourant, telles que sa maladie thromboembolique récidivante, ses embolies pulmonaires ou encore le reflux gastro-œsophagien pour lequel il a été opéré à deux reprises. Le SMR les a catalogués dans la rubrique « diagnostics associés non du ressort de l'AI », sans le justifier.

Pourtant, dans son rapport du 28 mars 2018, le Dr F_____, chirurgien viscéral, a considéré qu'aucune heure de travail n'était actuellement envisageable, que ce soit dans l'activité exercée jusqu'ici ou dans une activité tenant compte de ses atteintes à la santé (à savoir les douleurs lombaires, la récurrence de lombalgie, l'embolie pulmonaire récidivante et l'aérophagie gastrique permanente), mais qu'une réadaptation restait possible si le traitement était efficace.

Dans son rapport du 22 janvier 2018, le Dr H_____, médecin traitant, a retenu plusieurs causes à l'incapacité de travail du recourant, à savoir un AVC occipital ischémique en 2016 avec trou dans le champ visuel, une spondylodèze L2-L5 en 2016 avec lombalgies chroniques, des embolies à répétition asymptomatiques et une hernie para-œsophagienne.

Au vu de ce qui précède, le SMR n'était pas fondé à considérer que le recourant avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce d'autant plus que les derniers spécialistes qui se sont prononcés ont indiqué qu'il convenait d'effectuer de nouvelles investigations d'ordre médical. Ainsi, l'on ne peut considérer, comme le soutient l'intimé, qu'aucun élément objectif médical ne permettrait de remettre en cause les conclusions du SMR. Il ressort au contraire du dossier que la décision contestée repose sur une instruction insuffisante pour permettre à la chambre de céans de trancher le litige, même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante.

L'instruction étant lacunaire, l'étendue concrète de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée ne peut pas être déterminée sans recourir à une expertise médicale. Au vu des différentes affections dont souffre le recourant, seule une expertise pluridisciplinaire complète et satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels topiques (ATF 125 V 351 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2) permettra de déterminer

clairement l'éventuelle capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée.

13. Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 7 mars 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.

Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire indépendante, conformément à l'art. 44 LPGA, permettant d'apprécier l'incidence des différents diagnostics retenus par les médecins (à savoir les lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire avec déséquilibre sagittal persistant, l'aérophagie gastrique après cure de hernie hiatale, la maladie thromboembolique récidivante, les embolies pulmonaires, l'AVC occipital ischémique gauche avec trou dans le champ visuel et le reflux gastro-œsophagien) sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Il conviendra en particulier que les experts, en motivant dûment leur appréciation, se prononcent sur les diagnostics et limitations fonctionnelles dont souffre le recourant, qu'ils déterminent quel rôle joue chacun d'entre eux sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et à quel taux celle-ci pourrait être évaluée.

14. Il n'est pas contesté que le statut du recourant est mixte : l'intimé a indiqué, dans la motivation de sa décision, que le statut retenu était celui d'une personne se consacrant à 82,5 % à son activité habituelle et, pour les 17,5 % restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage.

L'intimé n'a cependant pas diligenté d'enquête ménagère : il soutient que les limitations fonctionnelles retenues n'empêcheraient pas le recourant d'effectuer les tâches ménagères, à son rythme, et que, compte tenu de la proportion entre l'activité lucrative et les travaux habituels, même dans le cas d'un empêchement dans les activités ménagères, l'invalidité n'atteindrait pas le taux requis par la loi, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une enquête sur l'activité usuelle dans le ménage.

Or, conformément à la jurisprudence susmentionnée, il convient de calculer le degré d'invalidité total d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans l'activité lucrative et dans l'accomplissement des autres travaux habituels.

En l'espèce, dans la mesure où le ménage est une activité physique, on peut imaginer qu'au vu de son état de santé, le recourant subisse un empêchement conséquent dans cette activité. L'intimé ne pouvait donc se dispenser d'effectuer une enquête ménagère, celle-ci ayant justement pour but de déterminer le degré d'invalidité dans l'accomplissement des travaux habituels.

Une fois l'instruction médicale terminée, l'intimé devra dès lors également procéder à une enquête sur les activités ménagères au domicile du recourant, et fixer l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3087 et ss de la CIIAI susmentionnée. Cette enquête devra remplir les conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93 consid. 4).

15. Le recourant conteste enfin les bases de calcul retenues par l'intimé pour déterminer son taux d'invalidité : il soutient que depuis le 1^{er} janvier 2018, seul le revenu sans invalidité devrait être extrapolé à 100 %, et non le revenu d'invalidé, qui devrait dans son cas être ramené à un taux de 82,5 % (correspondant à son taux d'activité avant la survenue de son invalidité).

Or, il ressort de la jurisprudence susmentionnée que depuis la modification de l'art. 27bis al. 2 et 3 RAI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2018, le revenu sans invalidité est effectivement extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps, mais que la détermination du revenu d'invalidé est, quant à elle, inchangée. Elle correspond ainsi au revenu que l'assuré pourrait retirer dans une activité adaptée, au taux que l'on pourrait exiger de ce dernier selon les conclusions des médecins et des experts.

En l'espèce, ce taux pourrait être de 100 %, comme l'a retenu l'intimé dans la décision querellée, uniquement s'il ressort de l'expertise médicale – que celui-ci devra mettre sur pied – que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée est effectivement de 100 %. Ce point ne peut être tranché en l'état.

Une fois la perte de gain déterminée, celle-ci, exprimée en pourcentage, sera pondérée au moyen du taux d'occupation auquel le recourant travaillait, ce qui permettra de déterminer son taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative.

16. Le recourant obtenant partiellement 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 LPGA; 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).
17. Étant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 7 mars 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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