



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3011/2019

ATAS/648/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 août 2020

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LES ACACIAS, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Elodie SKOULIKAS

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, marié, originaire du Portugal, a exercé une activité de coffreur brancheur et de maçon depuis 2007 pour différents employeurs.
2. L'assuré a été en incapacité totale de travail du 9 juin au 4 août 2015, du 24 au 25 novembre 2015, du 9 au 17 décembre 2015, du 11 février au 25 février 2016, du 28 juin au 2 août 2016, du 24 février au 12 mars 2017, attestée par la doctoresse B_____, médecine générale.
3. Une IRM du 12 juin 2015 a conclu à une discopathie lombaire modérée en L4-L5 et L5-S1, sans conflit discoradiculaire visible, remaniement dégénératif postérieur modéré à prédominance L4-L5 droite, absence de sténose canalaire.
4. Le 18 août 2015, le docteur C_____, FMH en chirurgie, a rempli un rapport médical pour VISANA Service SA, centre de prestations indemnités journalières, en mentionnant une lombalgie avec irradiation dans la jambe droite (sciatalgie) depuis le 2 juin 2015.
5. Le 2 mai 2016, la Dresse B_____ a indiqué que l'assuré présentait une légère discopathie et des troubles dégénératifs débutants aux hanches, ce qui ne pouvait justifier une incapacité de travail totale ; il était judicieux qu'il reprenne une activité en atelier plutôt que d'effectuer des travaux lourds sur chantier.
6. Une IRM abdominale du 10 août 2016 a conclu à un calcul vésiculaire de 6mm. Découverte fortuite d'un nodule surrénalien gauche de 18 mm, à contenu non graisseux, à corrélérer à un CT dédié.
7. Une IRM lombaire du 10 août 2016 a conclu à de l'arthrose facettaire étagée, plus marquée aux étages lombaires bas. Pas de conflit disco-radiculaire.
8. Une IRM du genou gauche du 31 août 2017 a conclu à une déchirure de « grade 3 » de la corne postérieure du ménisque externe, s'étendant au corps méniscal. Bursite d'accompagnement du ligament collatéral externe.
9. Le 30 août 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité pour une hypercholestérolémie, HTA, diabète, lombalgies chroniques, lithine rénale et apnée du sommeil.
10. Le 9 octobre 2018, la Dresse B_____ a rempli un rapport médical AI, attestant d'une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée en raison de douleur-dorsalgie chronique ; l'incapacité de travail était de 70 % depuis le 11 février 2016.
11. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), le docteur D_____, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué le 6 novembre 2018 que l'assuré avait été opéré au genou gauche le 9 octobre 2017, avec un pronostic favorable. La capacité de travail était totale du point de vue orthopédique.

12. Le 8 janvier 2019, la Dresse B_____ a posé les diagnostics de diabète, hypercholestérolémie, apnée du sommeil, HTA et lombalgie ; l'assuré pouvait effectuer des travaux légers, tenant compte de limitations (exposition à la chaleur, au froid, au bruit, à la fumée, au gaz, aux vapeurs, aux émanations, flexion, levage et post de charges fréquents, montée d'escalier / d'échelles et de plan inclinés, travail de nuit, risque de chute et nécessité d'alterner les postures de travail).
13. Le 7 mai 2019, le Dr E_____, du service médical régional AI (ci-après : le SMR), a rendu un avis médical selon lequel les atteintes lombaires et au genou gauche ne présentaient pas de gravité et le diabète n'était pas déséquilibré ou compliqué ; la capacité de travail était nulle dans une activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles d'épargne du dos (alternance des positions assis-debout, pas d'activité penché en avant ou en porte-à-faux, pas de rotation du tronc répétée, pas d'échelle ou d'échafaudage, pas de port de charge de plus de 15 kg) et du genou gauche (pas de station et de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier ou instable, pas de travail accroupi ou à genoux), depuis le 11 février 2016, mais pleine dans toutes les activités qui les respectaient depuis toujours.
14. Le 9 mai 2019, l'OAI a pris en compte un statut d'actif et a fixé le degré d'invalidité du recourant à 5 % (revenu sans invalidité en 2016 de CHF 59'711.- et revenu avec invalidité en 2016 de CHF 56'969.- correspondant au salaire issu de l'ESS 2014, TA 1, homme, total, niveau 1, pour 41,7h de travail par semaine, à 100 %, avec une déduction de 15 %).
15. Par projet de décision du 10 mai 2019 et décision du 19 juin 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, le degré d'invalidité étant de 5 %.
16. Le 22 août 2019, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en faisant valoir qu'il ne présentait pas une capacité de travail totale car il souffrait de lombalgies, cervicalgies et gonalgies ; il était âgé de 58 ans et n'avait pas d'autre qualification que dans le gros œuvre ; sa situation médicale avait mal été investiguée et il n'avait jamais rencontré les médecins du SMR ; il concluait à une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, à l'ordonnance d'une expertise médicale et à l'octroi de mesures de réadaptation.
17. Le 18 septembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que selon l'avis du SMR, l'assuré était capable d'exercer à 100 % une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
18. Le 11 octobre 2019, l'assuré a répliqué en relevant que la Dresse B_____ estimait une capacité de travail limitée à 50 % ; son audition était requise.
19. Le 9 décembre 2019, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « Je ne vais pas bien. Dès que je me lève le matin j'ai de la peine à me mobiliser. Je dois attendre 20 à 30 min avant de pouvoir marcher

normalement. J'ai aussi des blocages de la ceinture et des jambes. A 58 ans je ne vais pas pouvoir chercher du travail car j'ai aussi du diabète, du cholestérol, la tension élevée et une allergie à la peinture. Je ne sais pas ce que je pourrais faire. Mon médecin m'a dit que je pourrais travailler ailleurs que dans la construction à 50 %. J'ai eu un problème aux reins en 2016 qui a été traité. Je suis suivi par la Dresse B_____. Je suis suivi à l'Hôpital Beau-Séjour pour mon problème d'obésité depuis le printemps 2019. On m'a conseillé de perdre du poids en raison des lombalgies. Je serais prêt à suivre une mesure de réadaptation tel qu'un stage d'orientation pour voir ce que je suis capable de faire. Je travaille depuis plus de 40 ans dans le bâtiment, d'abord dès l'âge de 12 ans au Portugal puis en Suisse depuis 1978 jusqu'en 1982 sans papiers, avec un retour au Portugal pour effectuer le service militaire et une période de travail en Allemagne et dans d'autres pays d'Europe, toujours dans le bâtiment. Je suis revenu travailler en Suisse en 2007, hormis une période de travail à Neuchâtel en 1989. J'ai des douleurs, des crispations dans le dos, même en position assise, en particulier j'ai beaucoup de peine à monter des marches d'escaliers ».

L'avocate du recourant a déclaré : « Le dossier n'est pas bien instruit au niveau médical et une mesure d'orientation professionnelle permettrait de mieux savoir ce que le recourant peut faire ».

Le représentant de l'intimé a déclaré : « La médecin traitante dit des choses contradictoires. Elle estime notamment que le recourant peut travailler dans le bâtiment à 20 % et estime qu'il ne peut faire que des travaux légers. L'OAI a demandé des précisions à la médecin traitante de tel sorte que le dossier a été correctement instruit ».

20. A la demande de la chambre de céans, la Dresse B_____ a attesté le 9 décembre 2019 qu'elle suivait l'assuré depuis « 5 - 6 ans », qu'il présentait des diagnostics de lombalgie, diabète, cholestérol, HTA, SAOS et gonalgie. Il présentait des limitations fonctionnelles de « lombalgie » depuis 3 - 4 ans et ne pouvait pas travailler comme maçon. L'assuré pouvait faire un travail adapté depuis 2016. La capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée ; il ne pouvait pas faire un travail lourd en raison de la lombalgie chronique.
21. Le 23 décembre 2019, la Dresse B_____ a répondu à la même demande de renseignements, en précisant que les contradictions soulignées entre certains de ses rapports médicaux venaient de périodes où il y avait eu de légères améliorations.
22. A la demande de la chambre de céans, la Dresse B_____ a indiqué que l'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était motivée par une fatigue fréquente, des lombalgies et une apnée du sommeil avec somnolence diurne, malgré le CPAP de nuit ; pour ces raisons elle ne pensait pas qu'un rendement de 100 % était possible.
23. Le 27 janvier 2020, l'assuré a communiqué un rapport du docteur F_____, FMH médecine interne générale, (effectué dans le cadre d'un premier examen clinique de

l'assuré) du 21 janvier 2020, selon lequel l'assuré présentait une hypertension artérielle, une apnée du sommeil appareillée, un diabète non insulino-dépendant et une lombalgie. L'assuré se plaignait de lombalgie bilatérale persistante, aggravée par l'effort. Parfois irradiation dans les jambes avec blocage à l'effort. Début des symptômes il y a 6 - 7 ans environ.

Les douleurs étaient stables, sans amélioration ni dégradation ; il ne pouvait faire plus que des efforts modérés ; étaient à proscrire la flexion répétée, le port et levage de charges. Il ne pouvait plus exercer comme maçon mais il pouvait exercer un travail adapté à temps plein (éviter la flexion répétée, le port et levage de charge).

24. Le 18 février 2020, l'OAI a observé que la capacité de travail de 50 % évoquée par la Dresse B_____ restait peu compréhensible au vu des éléments pertinents pour l'assurance-invalidité. Par ailleurs, le rapport du Dr F_____ du 21 janvier 2020 indiquait qu'une activité à plein temps était médicalement possible, sous réserve des limitations fonctionnelles (éviter la flexion répétée, le port et levage de charge).
25. Le 24 février 2020, le recourante a observé que la Dresse B_____ avait expliqué ses positions contradictoires par la présence de courtes périodes d'amélioration de l'état de santé de l'assuré ; elle estimait clairement et de façon constante que sa capacité de travail était de 50 % maximum ; la Dresse B_____ étant à la retraite, il avait consulté le Dr F_____ qui avait constaté un état stationnaire et même s'il avait indiqué qu'une activité adaptée était possible, il avait considéré ne pas pouvoir se prononcer sur le taux d'invalidité. Le SMR ne l'avait jamais rencontré et les comptes rendus d'IRM sur lesquels il se fondait étaient relativement anciens. Son revenu d'invalidité devait tenir compte d'une baisse de rendement de 50 % et d'un abattement de 15 % (en raison de son âge, de sa nationalité, de sa formation et de ses limitations fonctionnelles). Il sollicitait une expertise judiciaire rhumatologique et de médecine interne.
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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 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, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ainsi que sur son droit à des mesures de réadaptation professionnelle.
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).
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).

7. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

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 29 consid. 1; ATF 104 V 135 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).

8. a. Selon l'art. 8 al. 1er 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 (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

b. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

c. Le droit à l'orientation professionnelle selon l'art. 15 LAI suppose que l'assuré est capable en lui-même de faire le choix d'une profession ou d'une nouvelle

orientation professionnelle, mais que suite à la survenance d'une atteinte à la santé il en est empêché parce que les connaissances relatives aux aptitudes, capacités professionnelles et possibilités ne suffisent pas pour pouvoir faire le choix d'une profession adaptée au handicap ou d'une nouvelle orientation dans une telle profession (arrêt du Tribunal fédéral 9C 236/2012 du 15 février 2013).

9. a. 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.

b. 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).

c. 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).

d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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 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).
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. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
13. En l'occurrence, l'intimé a estimé, sur la base de l'avis du SMR du 7 mai 2019, que le recourant était totalement incapable d'exercer son ancienne activité de maçon depuis le 11 février 2016, mais capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à 100 % depuis toujours (alternance des positions assis-debout, pas d'activité penché en avant ou en porte-à-faux, pas de rotation du tronc répétée, pas d'échelle ou d'échafaudage, pas de port de charge de plus de 15 kg, pas de station et de marche prolongée, pas de marche en terrain irrégulier ou instable, pas de travail accroupi ou à genoux).

Le recourant estime que sa capacité de travail est limitée à 50 % dans une activité adaptée, en se prévalant de l'avis de la Dresse B_____. La chambre de céans a demandé à cette dernière des renseignements complémentaires. Cependant, ceux-ci ne sont pas suffisamment motivés et convaincants pour admettre que la capacité de travail du recourant serait restreinte dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, requise par la chambre de céans de préciser les motifs qui justifieraient cette limitation de la capacité de travail du recourant, la Dresse

B_____ a évoqué des lombalgies et une somnolence diurne. Or, les lombalgies entraînent des limitations fonctionnelles qui sont reconnues par l'intimé et qui peuvent être respectées dans le cadre d'une activité adaptée ; par ailleurs la somnolence diurne, évoquée seulement le 20 janvier 2020, n'a pas été mentionnée dans le rapport du Dr F_____ du 21 janvier 2020 et n'a pas non plus fait l'objet d'un rapport d'un médecin spécialiste.

En l'état, aucun élément médical pertinent ne permet de mettre en doute les conclusions du SMR du 7 mai 2019 quant à une capacité de travail totale du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela est d'autant plus vrai que le Dr F_____, dans sa récente évaluation de l'état de santé du recourant, même s'il a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur le taux d'invalidité du recourant, a néanmoins clairement relevé qu'un travail adapté pouvait être accompli à plein temps (éviter la flexion répétée, le port et levage de charge). Dans ces conditions et par appréciation anticipée des preuves, une instruction médicale complémentaire par le biais d'une expertise judiciaire ne se justifie pas.

14. Le calcul du degré d'invalidité est contesté dans la mesure où le recourant estime que son revenu d'invalidité devrait être réduit de 65 % (50 % de baisse de rendement et 15 % d'abattement).

Compte tenu de l'évaluation de la capacité de travail précitée, une baisse de rendement de 50 % n'est pas justifiée. Quant à l'abattement, l'intimé l'a déjà retenu à hauteur de 15 %. Le degré d'invalidité de 5 % ne peut ainsi qu'être confirmé.

15. S'agissant, enfin, des mesures de réadaptation professionnelle demandées subsidiairement par le recourant, force est de constater qu'un degré d'invalidité de 5 % n'ouvre pas le droit à une mesure de reclassement ; par ailleurs, le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'emplois adaptés aux limitations fonctionnelles du recourant et celui-ci ne prétend pas être empêché pour les raisons susmentionnées (consid. 8 c) de faire le choix d'une nouvelle orientation dans une profession adaptée à son handicap, de sorte qu'une orientation professionnelle (art. 15 LAI) n'entre pas non plus en considération.

16. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. 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

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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