

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3141/2018

ATAS/335/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 avril 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

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

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Christine LUZZATTO et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1968, originaire de Somalie, ayant exercé la profession de sommelier, a déposé en décembre 2017 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une hernie discale L4-L5.

2. Ont été versés à son dossier, notamment, les éléments suivants :

- Il ressort d'un compte rendu opératoire rédigé le 20 septembre 2017 par le Service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) que l'assuré a été pris en charge en urgence le 9 septembre 2017 pour une protrusion discale compressive résiduelle L4-L5 droite pour laquelle une opération s'est avérée nécessaire (reprise interlaminaire L4-L5 droite pour décompression radiculaire L5 droite). L'assuré était connu pour une hernie discale L4-L5 droite causant une sciatologie en territoire L5 droite déficitaire avec un pied tombant. Les suites postopératoires ont été marquées par la persistance de la douleur et du déficit neurologique. Une nouvelle imagerie par résonance magnétique a montré une compression résiduelle L4-L5 droite. Une reprise après l'intervention effectuée le 9 septembre 2017 a donc été effectuée le 18 septembre 2017.

- Dans un rapport du 28 décembre 2017, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué à l'OAI que le patient souffrait d'un handicap nommé « pied tombant » à droite suite à une hernie discale en L4-L5. Elle a estimé que le métier de serveur était impossible désormais, malgré les interventions pratiquées en septembre 2017. La marche se faisait difficilement, avec des cannes et une attelle. Le médecin a également mentionné un diabète non insulino-dépendant.

- La doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, dans un bref courrier du 31 janvier 2018, a expliqué que l'assuré avait souffert d'une paralysie du muscle releveur du pied droit sur hernie discale compressive L4-L5 à droite. Cela rendait nécessaire le port d'une attelle en permanence, afin d'éviter le pied tombant. Malgré cette attelle, la marche n'était pas physiologique et le patient trébuchait fréquemment. Il existait donc une limitation à la marche ; en revanche, un travail en position assise ne poserait pas de problème.

- La doctoresse D_____, spécialiste FMH en radiologie, a examiné l'assuré en mars 2018. L'intéressé se plaignait d'une faiblesse marquée au niveau du biceps droit, raison pour laquelle une IRM de la colonne cervicale a été pratiquée le 6 mars 2018, à la recherche d'une compression C5-C6 droite. Aucune anomalie n'a été mise en évidence au niveau de la charnière cervico-occipitale. En revanche,

un rétrécissement constitutionnel significatif du canal rachidien cervical prédominant de C4-C5 à C6-C7 a été observé, ainsi qu'une spondylarthrose pluri-étagée, caractérisée par une ostéophytose marginale antérieure, et des discopathies protrusives de C2-C3 à C6-C7. Le médecin a conclu à une importante cervico-discarthrose pluri-étagée avec discopathies protrusives s'étendant de C2-C3 à C6-C7, compliquée d'un rétrécissement du canal rachidien cervical avec présence d'empreintes sur le cordon médullaire en C2-C3, C4-C5 et C5-C6, sans signe de myélopathie cervicale associée. Le médecin a également conclu à une discopathie C2-C3 avec hernie discale avec une discopathie C5-C6 protrusive et à des sténoses foraminales (C3-C4 droite, C4-C5 et C5-C6 bilatérales sévères à droite et C6-C7 bilatérales sévères).

3. Le 28 mai 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation la comparaison entre le gain avant invalidité (CHF 59'086.-) au revenu d'invalidité (CHF 60'320.-) conduisant à nier toute perte de gain.

Le revenu avant invalidité avait été fixé en se basant sur l'extrait du rassemblement des comptes individuels AVS/AI, dont il ressortait que le meilleur revenu réalisé l'avait été en 2006 (CHF 53'148.-, correspondant, en 2016, après réactualisation, à un montant de CHF 59'086.-).

Le revenu d'invalidité a été fixé sur la base des statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2014, TA1_tirage_skill_level, niveau 1 = 5'312.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 5'538.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = 66'456.- CHF/an en 2014 = 67'022.- CHF/an en 2016 = CHF 60'320.- après réduction de 10%)

4. Le 11 juin 2018, l'assuré a contesté ce projet en demandant à l'OAI quelles activités seraient adaptées à son état de santé et lui permettraient de s'assurer un revenu de CHF 60'230.-.
5. Dans un bref rapport du 13 juin 2018, la Dresse C_____ qualifié la situation médicale de son patient de stabilisée.
6. Par décision formelle du 24 juillet 2018, l'OAI a nié à l'assuré le droit à une rente.
7. Par écriture du 13 septembre 2018, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

Il reproche à l'intimé de ne pas indiquer quel type d'activité concrète il pourrait exercer.

Il rappelle qu'il souffre d'un pied tombant et qu'il devra porter une orthèse à vie, qu'il souffre également d'une hernie discale cervicale et de lombosciatalgies. Il s'étonne dès lors qu'on lui reconnaisse une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Selon lui, l'instruction médicale à laquelle s'est livré l'intimé est lacunaire.

8. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 8 octobre 2018, a conclu au rejet du recours.

L'intimé estime qu'un marché équilibré du travail offre une palette suffisamment large d'activités non qualifiées adaptées aux limitations du recourant, sans qu'il soit nécessaire de déterminer plus précisément laquelle il pourrait exercer.

A l'appui de sa position, l'OAI produit un avis émis par le SMR le 3 octobre 2018. Celui-ci considère que les documents produits par le recourant à l'appui de son recours ne font que confirmer l'absence de sévérité du déficit moteur de l'atteinte du rachis cervical, déjà connue. Compte tenu de l'absence de douleurs importantes, cela ne peut justifier que des limitations fonctionnelles d'épargne du membre supérieur droit.

9. Par écriture du 12 novembre 2018, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

Il a précisé avoir subi une nouvelle opération pour une hernie discale au niveau C5-C8 le 6 août 2018, suivie de deux autres, les 21 septembre et 13 octobre 2018, la première concernant une hernie au niveau L5-S1 et une récurrence L4-L5, la seconde pour un traitement au niveau L3-L4-L5.

Le recourant souligne qu'il a ainsi subi pas moins de cinq opérations chirurgicales en l'espace de quatorze mois, entre septembre 2017 et octobre 2018.

A l'appui de sa position, le recourant produit notamment :

- un rapport du 26 décembre 2017, du docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, concluant à des signes lésionnels importants de myotome L5 droit en raison d'une atteinte sévère L5 droite ;

- un rapport du docteur F_____, chef de clinique du Service de neurochirurgie des HUG du 9 avril 2018, suite à une consultation pour des cervicobrachialgies droites déficitaires ; le médecin conclut à des hernies discales cervicales multi-étagées entre C2 et C7 ;

- un rapport du Dr E_____ du 7 juin 2018, constatant une parésie franche du long supinateur et du biceps et concluant à une compression radiculaire C6 droite sévère, associée à une parésie et à des signes lésionnels sur le plan électrophysiologique ;

- un rapport du 28 juillet 2018 du Dr F_____, concluant à une hernie discale C5-C6 à droite, dans le contexte de remaniements dégénératifs disco-arthrosiques multi-étagés cervicaux et inversion de la lordose cervicale (compression C6 droite sévère).

10. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 24 janvier 2019.

11. Le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué avoir reçu l'assuré en consultation à quatre reprises, la première fois le 8 septembre 2017, la dernière fois, le 18 septembre 2018.

L'assuré l'a consulté en septembre 2017 pour des sciatgies apparues en janvier de la même année. Ce qui frappait à l'examen, c'était un pied tombant à droite, révélateur, ce qu'ont confirmé les examens, d'une compression de la racine nerveuse au niveau L5 droit. Vu l'urgence, une première intervention a été effectuée le lendemain, soit le 9 septembre 2017, suivie d'une reprise, le 18 septembre 2017. Il était malheureusement déjà trop tard pour récupérer complètement le pied tombant, le nerf étant resté comprimé trop longtemps.

Le témoin a revu l'assuré le 26 décembre 2017 et pu constater à cette occasion que son pied n'avait pas du tout récupéré. L'examen myographique a confirmé la lésion complète du nerf (absence totale de réaction au testing et dénervation importante constatée à l'examen). Une attelle a été fournie à l'assuré afin qu'il ne trébuche pas sur les aspérités.

Le témoin a revu l'assuré pour un tout autre problème le 7 juin 2018 : l'équivalent d'une sciatique au niveau du bras, révélant la compression du nerf au niveau des cervicales à droite, plus particulièrement au niveau de C6 (sténose foraminale). Là encore, une intervention a été pratiquée le 6 août 2018, à la suite de laquelle le témoin n'a pas contrôlé l'évolution. (Sur ce point, au niveau du biceps, le recourant est intervenu pour signaler qu'il n'avait pas totalement récupéré et manquait de force et de précision dans les mouvements).

Le témoin a revu l'assuré le 18 septembre 2018, pour des douleurs lombaires irradiant dans les membres, une faiblesse du pied gauche et des problèmes de miction. Il s'est avéré à l'IRM que la hernie avait récidivé. Au surplus, le canal était rétréci, ce qui avait pour conséquence une compression au niveau de L5 à droite, mais également, légèrement, à gauche. Enfin, il n'y avait plus de liquide céphalorachidien autour de la racine nerveuse. S'en sont suivies deux nouvelles opérations. La première, en septembre 2018, pour enlever la hernie, la seconde, le 13 octobre 2018, pour installer tout le matériel de fixation.

N'ayant pas revu l'assuré depuis lors, le témoin n'a pu indiquer comment avait évolué la situation.

Le témoin a suggéré à titre de limitations : les positions d'épargne, le fait d'éviter la marche, le port de charges, les escaliers. Il a qualifié l'atteinte de l'appareil locomoteur à droite de sévère.

S'agissant des lombaires, il a précisé que l'assuré souffre de séquelles douloureuses qui s'expliquent par le manque de souplesse consécutif à la fixation de la colonne sur plusieurs niveaux et par l'arthrose. Il doit donc éviter les positions statiques.

S'agissant des atteintes au bras et à la nuque, le témoin a renoncé à se prononcer sur le degré de gravité du déficit moteur au niveau du rachis cervical, renvoyant la Cour à l'opinion du neurochirurgien.

12. Entendue à son tour, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, et médecin traitant de l'assuré depuis fin 2016, a confirmé que le premier

problème concernant le pied tombant et était apparu en 2017. L'assuré, désormais appareillé, s'aide d'une canne par sécurité.

Est ensuite intervenu le problème de déficience du biceps droit, qui a occasionné de nouvelles interventions. Au testing, l'assuré n'a pas recouvré la même force qu'auparavant ; il reste un léger déficit ; d'ailleurs, le testing est meilleur à gauche alors que l'assuré est pourtant droitier.

Puis, il y a eu la récurrence au niveau des lombaires. De façon générale, il n'y a pas eu de limitations fonctionnelles supplémentaires, mais des douleurs neurogènes importantes subsistent, contre lesquelles le témoin a prescrit à l'assuré une médication qui, malheureusement, interfère avec son diabète.

S'agissant des lombaires et du membre inférieur droit, le témoin a souligné l'importance d'éviter à tout prix une nouvelle intervention sur un site (L5) multi-opéré. Il convient dès lors d'exclure tout port de charges, toutes les positions en porte-à-faux, la marche prolongée et le travail en hauteur. Compte tenu du diabète, il serait néanmoins souhaitable que l'assuré conserve un minimum d'activité (marche avec canne). Les douleurs au niveau lombaire entraînent également l'obligation d'alterner régulièrement les positions.

Le témoin a émis l'avis que la totale incapacité à exercer l'activité habituelle ne fait aucun doute. En revanche, dans une activité adaptée telle qu'une fonction de bureau permettant l'alternance des positions, une capacité résiduelle de travail subsiste, au moins à temps partiel, à condition d'épargner au maximum le rachis lombaire, ceci pour permettre la disparition des douleurs et éviter qu'elles ne se chronicisent.

Selon le témoin, il est cependant pour l'instant trop tôt pour envisager la reprise d'une activité. La reprise d'une activité adaptée à 50% pourra éventuellement être envisagée lorsque et si la médication antidouleurs peut être stoppée sans risque de réactiver les lombosciatiques.

Pour l'heure, en attendant, et pour favoriser la disparition des douleurs, il serait souhaitable que l'assuré puisse changer de position sans aucune contrainte, y compris la position couchée.

Le témoin a encore expliqué que la colonne de l'assuré a été immobilisée à deux niveaux (lombaire et cervical) et que cela diminue mécaniquement son amplitude et amoindrit sa souplesse.

Le médecin a émis l'avis que les douleurs actuelles peuvent s'expliquer par les lésions occasionnées aux nerfs, qui mettent du temps à guérir, que l'on cherche à éteindre par le biais de la médication en espérant qu'elles ne réapparaissent pas.

13. Une nouvelle audience d'enquêtes s'est tenue en date du 7 mars 2019 au cours laquelle a été entendu le docteur F _____, chef de clinique aux HUG, au service de neurochirurgie.

Le témoin, qui suit l'assuré depuis plus d'une année, a expliqué que l'intéressé a été opéré une première fois au niveau lombaire par un collègue et qu'il est revenu consulter en raison de problèmes cervicaux.

Il est apparu qu'il y avait eu re-récidive de la hernie, accompagnée d'une maladie et d'une instabilité du disque, ce qui a rendu nécessaire une nouvelle intervention avec fixation (cage et vis).

Selon le témoin, les limitations fonctionnelles sont les suivantes :

- au niveau des membres inférieurs, il convient d'éviter la marche sur terrain irrégulier, le franchissement d'escaliers et la marche prolongée, l'assuré étant susceptible de trébucher ; il ne peut pas non plus s'accroupir en raison des douleurs neuropathiques dues au remaniement cicatriciel autour des terminaisons nerveuses et des séquelles de la compression des nerfs dont il a été victime ; le problème se situe au niveau des commandes, non seulement musculaires, mais également fonctionnelles ;
- en raison des maux de dos et de l'instabilité, l'assuré ne peut pas non plus se pencher en avant longtemps ; certes, l'instabilité a été traitée, mais elle a fait l'objet de plusieurs interventions qui ont eu pour conséquences, là aussi, des remaniements inflammatoires cicatriciels ;
- il lui est également difficile de rester assis une heure.

Le témoin a émis l'avis que l'évaluation selon laquelle l'assuré pourrait exercer à 100% une activité adaptée est résolument optimiste, expliquant que les patients à qui on a posé des fixations souffrent d'une chronicisation de la douleur : celle-ci est permanente et indépendante de la position adoptée.

Au surplus, le témoin a souligné que la situation du recourant sort de l'ordinaire : il a souffert de grosses hernies et d'une instabilité que le témoin a qualifiée de majeure, à tel point d'ailleurs qu'il a dû, pendant un temps, utiliser une chaise roulante à l'hôpital.

Le témoin a dit avoir pu observer que les patients ayant subi ce type d'intervention reprennent rarement une activité parce qu'ils n'arrivent pas à sortir du cycle de la douleur

Le témoin s'est dit dans l'incapacité d'évaluer le taux d'activité exigible de la part de son patient et a suggéré, sur ce point, la mise sur pied d'une expertise par un bon rhumatologue.

Il a qualifié la situation de stabilisée et précisé qu'aucune autre intervention n'était prévue pour l'instant. S'il n'y a pas de séquelles au niveau cervical, il en va tout différemment au niveau du rachis lombaire. Si, au niveau cervical, les suites opératoires ont été bonnes - ainsi qu'il en a fait état dans son rapport du 9 avril 2018 -, il n'en a pas été de même au niveau lombaire (récidive en septembre 2018).

Pour le surplus, le témoin a confirmé que le certificat d'arrêt de travail délivré pour l'année 2018 (pièce 13 recourant) concernait tout type d'activité.

14. Dans ses conclusions après enquêtes du 22 mars 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions.

Il argue que les enquêtes démontrent qu'il est gravement atteint dans sa santé et ne peut plus, depuis mars 2017 et les opérations subies en septembre 2017, exercer son activité habituelle, ni aucune autre, dès lors qu'il est non seulement très limité à la marche, mais également astreint à changer de position très régulièrement.

Le recourant rappelle qu'il a subi cinq opérations du dos en un an et que son cas sort de l'ordinaire. Il en conclut qu'il est illusoire de penser que, durant la période intermédiaire entre les deux premières opérations et les trois suivantes, il aurait pu récupérer la moindre capacité de travail. Il soutient qu'il n'était pas en mesure de mettre en valeur une quelconque capacité de travail durant l'année 2018 et que même si tel avait été le cas, cela n'aurait fait que précipiter la dégradation de l'état de son dos.

Le recourant reproche à l'intimé de n'avoir fait procéder à aucune évaluation par son service de réadaptation, malgré la multiplicité de ses atteintes dorsales. Vu le défaut d'évaluation d'une éventuelle capacité de travail effective, l'instruction est lacunaire.

Le recourant conclut qu'il a droit à une rente d'invalidité et demande que celle-ci lui soit accordée sans prolongation de la procédure, ni renvoi à l'intimé, dont il estime que cela ne ferait que « retarder inutilement la prise en charge de son invalidité ».

15. L'intimé s'est déterminé à son tour le 1^{er} avril 2019.

Après consultation du SMR, l'intimé admet que les nouvelles pièces médicales produites font état d'une aggravation de l'état de santé du recourant depuis juin 2018. En effet, un examen électroneuromyographie (ENMG) effectué le 7 juin 2018 confirme une atteinte lésionnelle C5-C6 marquée et la nécessité de l'intervention pratiquée le 6 août 2018 - dont il souligne qu'il n'a appris l'existence que tardivement, l'assuré ne l'en ayant pas informé et n'en ayant pas fait mention non plus dans son écriture de recours. Par la suite, d'autres interventions chirurgicales ont encore eu lieu, au niveau lombaire, en septembre et octobre 2018.

L'intimé propose dès lors que le dossier lui soit renvoyé pour investigation de l'évolution de la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée depuis juin 2018.

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 éventuel du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement, sur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée et le degré d'invalidité en découlant.
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 1er janvier 2008).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle

entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

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).

8. 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).

9. En l'espèce, il apparaît que l'instruction à laquelle s'est livré l'intimé est effectivement lacunaire, l'aggravation survenue en juin 2018 ne lui ayant pas été annoncée avant qu'il ne statue.

Par ailleurs, les médecins qui se sont exprimés n'ont pas pris position clairement sur la capacité résiduelle de travail du recourant dans une activité adaptée.

La suggestion émise par l'un d'eux, le Dr F_____, et par le SMR, visant à mettre sur pied une expertise et une évaluation approfondie de la capacité de travail du recourant semble donc raisonnable, d'autant que le recourant lui-même reproche à l'intimé de n'avoir pas suffisamment investigué la question.

Dans ces conditions, il convient de suivre la proposition de l'intimé visant à lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire. L'aggravation ne remontant qu'à l'été 2018, soit il y a moins d'une année, on ne voit pas qu'il en découlera une prolongation insoutenable de la procédure, comme semble le craindre le recourant.

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 24 juillet 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'800.- lui est 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]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis 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.
3. Annule la décision du 24 juillet 2018.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de CHF 2'800.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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