



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3499/2018

ATAS/743/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 août 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, 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 : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1969, a travaillé dès 2003 comme chef de chantier et contremaître à Genève.
2. Dès le 20 février 2015, l'assuré a été mis en arrêt de travail par le docteur B_____, médecin praticien. Dans un rapport transmis le 27 avril 2015 à la Zurich, assurance perte de gain, le Dr B_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgies (du côté droit) ainsi que d'état anxieux et dépressif. L'intéressé était notamment suivi par la doctoresse C_____, neurologue, et par Madame D_____, psychologue. Le traitement était composé d'antalgiques, d'anxiolytiques, d'une psychothérapie et de séances de physiothérapie.
3. Le 28 avril 2015, le docteur E_____, radiologue, a établi un bilan d'imagerie par résonnance magnétique lombaire, concluant à une dégénérescence discale (L3-L4, L4-L5 et L5-S1), à une hernie discale sous-ligamentaire (L4-L5), entrant en conflit avec la racine L5 droite, à une protrusion discale à la limite de la hernie (L5-S1), en contact avec la racine S1 gauche, et à une sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures.
4. L'assuré a déposé, le 16 juillet 2015, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en précisant souffrir de lombosciatalgies, du côté droit.
5. Invités par l'OAI à compléter un questionnaire, les médecins de l'assuré se sont déterminés comme suit :
 - le 8 septembre 2015, la Dresse C_____, neurologue, a confirmé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de lombosciatalgie droite et de hernie discale (L4-L5). L'assuré déplorait des lombalgies chroniques, lesquelles irradiaient parfois dans sa cuisse droite et se caractérisaient par des périodes d'exacerbation, respectivement de rémission. En février 2015, dans le cadre de son activité professionnelle, il avait été victime de vives et soudaines douleurs lombaires, irradiant dans sa jambe droite et accompagnées d'une sensation de blocage, à la suite desquelles il avait débuté un traitement anti-inflammatoire. Il se plaignait également de paresthésies des membres inférieurs, lesquelles n'étaient cependant pas nouvelles et ne l'entravaient que peu. Enfin, il signalait des crampes des mollets, apparaissant au-delà d'un certain périmètre de marche. Grâce aux traitements, les douleurs avaient progressivement régressé et actuellement, l'assuré présentait des lombalgies modérées ainsi que des lombo-sciatalgies intermittentes. De l'examen neurologique, il était ressorti que l'assuré pouvait marcher normalement, y-compris sur la pointe des pieds et les talons. La distance doigts-sols était de 30 cm et il avait été constaté une hypoesthésie de la jambe droite ainsi que du pied. La Dresse C_____ a pronostiqué une évolution « lentement favorable », tout en laissant vierge le chapitre du questionnaire se rapportant à l'évaluation de la capacité de travail ;

- le 25 novembre 2015, la doctoresse F_____, médecin généraliste, a retenu, outre les diagnostics incapacitants de lombosciatalgie droite et de hernie discale, celui de troubles anxieux, existant depuis le 28 février 2015. L'assuré faisait de la physiothérapie et, une fois par mois, des séances de psychothérapie auprès du docteur G_____, psychiatre-psychothérapeute. Il était également traité par anti-inflammatoires. Il présentait des attaques de panique, des difficultés à gérer le stress, ainsi que des douleurs exacerbées lorsqu'il marchait et restait debout ou assis longtemps. Si l'assuré était totalement incapable, depuis le 20 février 2015, d'exercer sa profession antérieure, l'exercice d'une activité adaptée à 50% paraissait envisageable « selon l'évolution ».
6. L'OAI a diligenté une mesure auprès de l'Œuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO). Du rapport d'OSEO, daté du 26 octobre 2015, il ressort notamment les extraits suivants : « [...] Nous nous trouvons devant un stagiaire extrêmement compétent, avec des capacités étendues et très polyvalent sur le plan de la réflexion et de la production. Il a fait un très bon stage du début à la fin, tant dans les exercices théoriques que ceux plus pratiques. Collaborant et actif, il a toujours essayé de faire au mieux chaque activité que nous lui avons proposée. Le problème réside dans son état physique, largement pas stabilisé [...]. Il a une très faible résistance au niveau des doigts et des poignets dans les travaux répétitifs, même s'il s'agit de l'utilisation d'un crayon, ce qui rend parfois les travaux difficiles, par exemple l'usage d'un cutter, où la force lui manquait et les douleurs étaient présentes au bout de quelques minutes. Il arrive parfois à compenser mais toute manipulation d'outils dans un poste salarié nous paraît impossible en ce moment. Il nous a fait part de douleurs lombaires aux jambes et aussi aux coudes, d'après lui il y a un lien avec la zone cervicale. Son tonus et sa résistance nous semblent insuffisants pour reprendre [actuellement] une activité professionnelle, même dans un poste adapté. [Mais] vu toutes les capacités que nous avons observées en atelier, une fois que sa situation physique [sera] stabilisée, nous ne faisons aucun souci concernant la réussite d'une réadaptation professionnelle [...]. Après stabilisation de son état, nous pouvons avancer ces propositions :
- vu les capacités globales élevées de l'assuré dans tout travail manuel et aussi dans l'analyse et l'observation, un poste dans le SAV (service après-vente, réparation, objets légers) est à sa portée après formation, éventuellement certifiée [...]
 - CAO ou DAO, s'il en a le droit. Il pourrait déjà, avant l'opération prévue dans quelques mois, commencer à se former ;
 - opérateur CNC, après mise au courant, formation en entreprise ou plus formelle. Dans ce poste, on doit faire attention à ses difficultés dans le port de charges et à celles positionnelles et de préhension.

Il se peut qu'il ne récupère pas entièrement ses capacités manuelles au niveau des poignets et des doigts. Dans ce cas, dans le marché économique ordinaire et dans les postes sans qualification, il risque de ne jamais trouver un emploi. Ce type de

poste demande une très grande polyvalence physique, une rapidité gestuelle, une résistance et en somme, une parfaite santé à l'embauche ».

7. Par courrier du 26 novembre 2015, la Zurich a informé l'assuré que, selon les informations médicales qu'elle avait reçues, il n'était plus capable de travailler comme maçon, mais conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En conséquence, la Zurich mettait fin aux indemnités journalières avec effet au 1^{er} mars 2016, date à laquelle l'assuré était invité à s'inscrire auprès de l'assurance-chômage.
8. À la suite d'un entretien avec l'assuré, l'OAI lui a accordé, en février 2016, un reclassement professionnel en qualité de « technicien en bâtiment, métreur-chiffreur » auprès d'ASIMCO, école d'infographie. La communication de l'OAI, datée du 19 février 2016, précisait : « [...] Nous estimons qu'après l'achèvement du reclassement, vous présentez une capacité de travail entière [...] ».
9. Entre mai et décembre 2017, la formation suivie par l'assuré auprès d'ASIMCO a été complétée par deux stages dans des bureaux d'architecture. À l'issue desdits stages, l'assuré s'est inscrit à l'assurance-chômage le 1^{er} janvier 2018, comme l'OAI l'avait enjoint à le faire.
10. Par décision du 7 septembre 2018, confirmant un préavis du 21 juin 2018, l'OAI a refusé d'accorder à l'assuré toute prestation. Depuis le 20 février 2015, l'intéressé était totalement incapable d'exercer sa profession antérieure, mais il avait recouvré, dès le 26 novembre 2015, une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à son état de santé. Du 1^{er} mars 2016 au 31 décembre 2017, il avait bénéficié d'un reclassement professionnel en qualité de technicien en bâtiment. De la comparaison des gains, il résultait un degré d'invalidité de 7.5%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. D'autres mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires.
11. Par acte du 5 octobre 2018, complété le 9 novembre 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS) d'un recours, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision du 7 septembre 2018 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2016, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, plus subsidiairement à la mise en œuvre de mesures de réadaptation. L'intimé avait arbitrairement retenu qu'il bénéficiait, dès le 26 novembre 2015, d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, sans se fonder sur un quelconque constat médical. En particulier, il contestait être pleinement capable d'exercer la profession de technicien en bâtiments, laquelle impliquait des tâches physiques et s'exerçait sur des chantiers. Par ailleurs, l'OAI avait omis d'investiguer ses troubles psychiques (trouble anxieux généralisé avec attaques de panique), dont il connaissait pourtant l'existence. L'office avait notamment manqué de solliciter un rapport auprès du psychiatre traitant, de sorte qu'il se justifiait de lui renvoyer la cause pour qu'il complète l'instruction, en

tenant compte des réquisits jurisprudentiels applicables aux atteintes psychiques. Le recourant jugeait également l'instruction insuffisante s'agissant de l'évaluation de son revenu sans invalidité, arguant d'une part que le montant retenu par l'OAI (CHF 5'645.-) était inférieur au salaire minimal garanti par la convention collective de travail applicable (CHF 6'540.-), d'autre part que l'on ignorait si le certificat d'assurance sur lequel s'était fondé l'office tenait compte des différentes prestations salariales dues selon cette convention.

Le recourant a joint à son mémoire un rapport émanant du Dr G_____, daté du 3 novembre 2015 et formulé comme suit : « [l'assuré] présente actuellement un trouble anxieux généralisé avec attaques de panique. Il vit dans un appartement de 25 mètres carrés, une petite pièce, avec son épouse qui est actuellement enceinte et va bientôt accoucher. L'environnement dans ce logement exigu l'amène à développer de plus en plus d'attaques de panique. Je pense donc qu'il est important que le patient bénéficie d'un logement adéquat pour lui, sa femme et son enfant, afin que son état clinique se stabilise. Je vous remercie pour ce que vous pourrez faire pour [lui] ».

12. Dans sa réponse du 26 novembre 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant du revenu sans invalidité, l'assuré, qui avait travaillé comme chef d'équipe dans le domaine du gros œuvre, avait perçu en 2013 un salaire mensuel de CHF 6'106.60, selon son extrait de compte individuel et le certificat émis par son institution de prévoyance. Ce salaire était supérieur à celui prévu par la convention collective de travail applicable (CHF 6'056.- par mois, soit CHF 34.40 par heure). Le fait que l'employeur n'avait potentiellement pas versé de treizième salaire ne constituait pas – même si cette prestation était prévue par la convention collective – un motif suffisant pour s'écarter de la règle du dernier salaire effectivement perçu. En effet, selon la jurisprudence, il n'y avait pas lieu de majorer le revenu sans invalidité lorsque celui-ci était supérieur au salaire minimum prescrit par une convention collective. Par ailleurs, l'assuré s'était vu accorder des mesures d'ordre professionnel entre 2015 et 2018, dans le cadre desquelles il avait bénéficié d'une formation de dessinateur en bâtiment, puis de stages en entreprise. Cette formation lui avait permis d'acquérir des connaissances suffisantes pour prétendre à une profession adaptée à ses limitations somatiques. S'agissant enfin de l'atteinte psychique alléguée, l'assuré n'en avait pas fait état durant la procédure administrative et plus particulièrement durant ses deux ans de formation. L'intimé estimait que le rapport invoqué, décrivant en 2015 des attaques de panique liées à des facteurs psychosociaux (logement exigu et grossesse de l'épouse), ne suffisait pas à justifier l'existence d'une atteinte à la santé psychique.
13. Le recourant a répliqué le 31 janvier 2019, persistant dans ses conclusions. Contrairement à ce que prétendait l'intimé, il n'avait perçu en 2013 qu'un salaire horaire de CHF 35.32, inférieur de 5.4% au minimum prescrit par la convention collective de travail. En conséquence, il se justifiait d'opérer une parallélisation des revenus et partant, une réduction du revenu statistique d'invalidité. Par ailleurs,

l'administration n'avait pas évalué sa capacité de travail et son rendement dans le cadre des stages qu'il avait réalisés, alors que ses médecins avaient indiqué qu'une activité adaptée ne pouvait pas être exercée à plus de 50%. Enfin, il ressortait de l'attestation du Dr G _____ qu'il suivait déjà un traitement psychiatrique en 2015 et, contrairement à ce que prétendait l'intimé, ce document ne faisait pas uniquement état de problèmes psychosociaux, mais bien d'un trouble anxieux généralisé, accompagné d'attaques de panique.

14. L'intimé a dupliqué le 15 février 2019, maintenant ses conclusions tendant au rejet du recours.
15. Le 7 juin 2019, le recourant a transmis à la CJCAS un certificat établi le 29 mai 2019 par le Dr G _____, dont la teneur était la suivante : « [...] Je suis en consultation [l'assuré] depuis 2015. Le suivi a été sporadique et a repris [en] novembre 2018. Il présente actuellement une dépression récurrente majeure d'intensité modérée (F 33.2). [L'assuré] a suivi une scolarité classique pendant douze ans (école primaire, secondaire, puis quatre ans de collège), mais n'a pas pu s'inscrire à l'université à cause de la guerre. Professionnellement, il a travaillé dans le bâtiment, où il était chef d'équipe ou contremaître jusqu'en 2015, année où il est tombé malade suite à une hernie discale. Depuis lors, il est incapable de travailler à 100% du fait de sa dépression récurrente, qui a suivi sa pathologie du rachis lombaire. Il a déjà essayé de faire une formation "autocad", mais son état psychique ne lui permet pas de l'utiliser. Ces transmissions d'information se font avec l'accord explicite [de l'assuré] ».
16. 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente.
5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption

notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40 % au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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.

6. 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).

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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente

ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

8. a. 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).

b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Le Tribunal fédéral a par ailleurs admis qu'il y a lieu dans la comparaison des revenus de tenir compte du fait qu'un assuré touchait un salaire nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (p. ex. formation professionnelle insuffisante, limitation des possibilités d'emploi en raison du statut de saisonnier), lorsque les circonstances ne permettent pas de supposer que l'assuré s'est contenté d'un salaire plus modeste que celui qu'il aurait pu prétendre (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et les arrêts cités). Il a précisé que le revenu effectivement réalisé doit être considéré comme nettement inférieur aux salaires habituels de la branche lorsqu'il est inférieur d'au moins 5 % au salaire statistique usuel dans la branche; ce revenu peut, si les autres conditions sont réalisées, justifier un parallélisme des revenus à comparer, lequel doit porter seulement sur la part qui excède le taux déterminant de 5 % (ATF 135 V 297).

c. Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'invalide peut être évalué

sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS ; ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte (ATF 133 V 545, et les références citées).

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 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. 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'agissant plus particulièrement des 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).

b. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

c. 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).

10. En l'espèce, la décision attaquée retient que l'assuré ne peut plus travailler comme chef de chantier et contremaître, mais qu'il est pleinement capable, depuis le 26 novembre 2015, d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

Dans son recours, l'assuré se prévaut d'une instruction insuffisante. Selon lui, l'intimé a arbitrairement retenu, sans étayer médicalement son point de vue, qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 26 novembre 2015. En outre, il reproche à l'intimé d'avoir omis d'investiguer ses troubles psychiques et de solliciter un rapport auprès de son psychiatre, qui le suit depuis 2015. À l'appui de son point de vue, le recourant produit deux rapports établis par le Dr G_____.

11. a. Avec le recourant, la chambre de céans constate qu'aucun rapport versé au dossier ne corrobore la capacité de travail de 100% retenue par l'intimé dans une activité adaptée. En effet, au plan somatique, la Dresse F_____ a indiqué, dans un

bref rapport daté du 25 novembre 2015, que l'exercice d'une activité adaptée lui paraissait envisageable « selon l'évolution », mais à un taux de 50% seulement. De leur côté, les Drs C_____ et B_____ ne se sont pas déterminés sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Quant au rapport de l'OSEO du 26 octobre 2015, il relate que l'assuré souffre de douleurs du dos, des jambes et des coudes, qu'il n'a qu'une très faible résistance au niveau des doigts et des poignets lorsqu'il réalise des travaux répétitifs, par exemple avec un cutter ou un crayon, que son état de santé n'est pas stabilisé et que « son tonus [ainsi que] sa résistance [...] semblent insuffisants pour reprendre [actuellement] une activité professionnelle, même dans un poste adapté [...] ». Au vu de ces documents, il n'existe effectivement aucun substrat médical propre à justifier la pleine capacité de travail retenue dans la décision attaquée.

À vrai dire, l'intimé semble avoir repris, telles quelles, les conclusions figurant dans un courrier du 26 novembre 2015, par lequel l'assureur perte de gain a mis fin aux indemnités journalières versées à l'assuré avec effet au 1^{er} mars 2016, sur la base de la motivation suivante : « [n]ous retenons des informations médicales reçues que [...] dans une activité adaptée, tenant compte de vos limitations fonctionnelles, votre capacité de travail est entière ». Toutefois, ces conclusions ne sauraient être confirmées dans le cadre du présent arrêt, dès lors que l'on ignore sur quelle(s) pièce(s) – elle(s) ne figure(nt) pas dans le dossier de l'intimé – s'est fondé l'assureur perte de gain pour admettre l'existence d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

b. Au plan psychiatrique, le Dr B_____, dans son rapport du 27 avril 2015, a retenu le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'état anxieux et dépressif, ajoutant que l'assuré était sous anxiolytiques et suivi par une psychologue. Pour sa part, la Dresse F_____ a également fait état, dans son rapport du 25 novembre 2015, de troubles anxieux incapacitants et d'attaques de panique, tout en précisant que l'assuré avait entamé une psychothérapie auprès du Dr G_____. Quant à ce dernier, il a confirmé, dans un premier rapport du 3 novembre 2015, l'existence d'un trouble anxieux et d'attaques de panique, avant de conclure, dans un rapport subséquent établi le 29 mai 2019, que l'assuré était « incapable de travailler à 100% » depuis 2015, en raison d'une dépression récurrente.

Malgré leur caractère succinct, ces indications confirment la nécessité d'instruire la cause également sous l'angle psychiatrique, ce que l'intimé n'a pas fait. Contrairement à ce que ce dernier laisse entendre, les rapports versés au dossier jusqu'au prononcé de la décision attaquée, notamment ceux des Drs B_____ et F_____, attestaient déjà d'un suivi psychothérapeutique et psychiatrique, ainsi que de troubles psychiques, ce qui suffisait à justifier un complément d'instruction. Peu importe, dès lors, que l'assuré ne se soit pas spécifiquement plaint de ces troubles durant son reclassement professionnel.

12. Il résulte de ce qui précède que le recourant présente des troubles somatiques et psychiques, dont les éventuelles répercussions sur la capacité de travail n'ont pas

été suffisamment investiguées par l'intimé, contrairement à ce que prescrit l'art. 43 al. 1 LPGA.

Faute d'instruction suffisante, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail, partant sur le degré d'invalidité et le droit aux prestations. Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 7 septembre 2018 et de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision.

Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de diligenter une expertise rhumatologique et psychiatrique conforme aux réquisits jurisprudentiels topiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le cas échéant après avoir requis de l'assureur perte de gain les pièces médicales sur lesquels repose son courrier du 26 novembre 2015.

13. Vu l'issue du litige, il est superflu d'examiner les autres griefs qu'invoque le recourant, s'agissant en particulier du calcul du degré d'invalidité et du point de savoir si la comparaison des gains doit être effectuée sur la base d'une parallélisation des revenus.
14. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
15. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (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. L'admet partiellement et annule la décision du 7 septembre 2018.
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 500.- à la 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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