RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4217/2019 **ATAS/255/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 mars 2021

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant recourant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Gustavo DA SILVA

contre

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

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le _____ 1968, a été employé comme nettoyeur par B_____(ci-après l'employeur) et, à ce titre, assuré auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après la SUVA) contre les accidents.

2. À teneur d'une déclaration de sinistre adressée par l'employeur de l'assuré à la SUVA le 12 mars 2018, celui-ci a fait une glissade sur la neige, le 6 mars 2018, et subi une contusion à la jambe gauche. Il a aussitôt interrompu son travail et les premiers soins ont été donnés par le docteur C_____, chirurgie orthopédique FMH.

3. Le 7 mars 2018, le Dr C_____ a établi pour l'assuré un arrêt de travail à 100% du 7 au 12 mars 2018, qu'il a prolongé par la suite jusqu'au 25 mars suivant.

4. La doctoresse D_____, médecin radiologue FMH, a procédé à une radiographie du bassin et de la hanche gauche de profil et une échographie de la hanche gauche de l'assuré le 13 mars 2018. Selon son rapport du même jour, l'indication était un traumatisme, le 6 mars 2018, avec douleurs rétro-trochantériennes de la fesse gauche. Elle concluait à une coxarthrose bilatérale sur dysplasie de hanche et anomalies morphologiques prédisposant au conflit fémoro-acétabulaire. Il n'y avait pas de fracture de l'extrémité supérieure fémorale gauche ni d'anomalie évidente retenue en regard des douleurs sous et rétro-trochantériennes gauches (possible épaississement du tenseur du fascia latta sans autre anomalie), mais une enthésopathie micro calcifiante bilatérale des fessiers prédominant à gauche.

5. Le 16 mars 2018, la SUVA a accepté de prendre en charge les suites de l'accident de l'assuré du 6 mars 2018 et de lui verser une indemnité journalière dès le début de l'incapacité de travail, mais au plus tôt le 9 mars 2018.

6. Le 23 mars 2018, la doctoresse E_____, du service de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), a établi, le 23 mars 2018, pour l'assuré un arrêt de travail à 100%, pour accident, avec une date de reprise au 28 mars 2018.

7. Le 27 mars 2018, la Dresse D_____ a conclu, après une IRM de la hanche gauche du 26 mars 2018, à une coxarthrose sans épanchement articulaire, une minime enthésopathie du moyen fessier et une lame liquidienne en profondeur du tractus ilio-tibial et au niveau du muscle du moyen fessier en rapport avec le traumatisme. Il n'y avait pas de signal osseux évoquant une fracture.

8. La Dresse D_____, a procédé à une IRM de la colonne lombaire le 26 mars 2018. À teneur de son rapport du 4 avril 2018, l'indication était une sciatalgie gauche, suite à un traumatisme le 6 mars 2018. Elle concluait à des discopathies lombaires étagées modic II graisseuses, sans récidive herniaire en L4-L5 et à une saillie discale postéro-médiane et postéro-latérale gauche L5-S1 au contact de la racine S1 gauche à son émergence du fourreau dural.

9. Le 4 avril 2018, le docteur F_____, médecin radiologue FMH, a indiqué avoir effectué une infiltration lombaire foraminale épidurale sous CT, le 4 avril 2018, sans complications immédiates.

10. Le 26 avril 2018, le docteur G_____, généraliste, a indiqué à la SUVA que le traitement médical avait pris fin le 22 mars 2018 et que l'assuré avait été totalement incapable de travailler jusqu'au 16 avril, puis à nouveau dès le 26 avril 2018.

11. Le docteur H_____, neurochirurgien FMH, a indiqué, dans un rapport du 4 mai 2018, que le diagnostic était des lombosciatalgies gauches probablement sur hernie discale L5-S1 gauche et un status après résection d'une hernie discale L4-L5, 28 ans auparavant, à gauche, qui pouvait, à son avis, aussi participer aux symptômes, puisque le récessus restait serré et occasionnait une sciatalgie L5. Il proposait une infiltration épidurale L5-S1 gauche. À l'examen clinique, le patient était très algique. Il n'y avait pas de déficit neurologique moteur des membres inférieurs. Le médecin proposait d'essayer une deuxième infiltration, puis une chirurgie, en cas de résistance au traitement conservateur.

12. Le 8 mai 2018, l'assuré a précisé à la SUVA que son accident du 6 mars 2018 était intervenu pendant ses heures de travail. En passant un chariot, il avait glissé sur la neige et était tombé. Il travaillait à la rénovation des Tours du Lignon. Il avait glissé et avait ressenti des douleurs pour la première fois sur le moment. Il s'était rendu pour la première fois chez le médecin le jour-même. Il était à nouveau à l'arrêt depuis le 26 avril 2018.

13. Le docteur I_____ a procédé à une infiltration lombaire le 8 mai 2018 pour des sciatalgies S1 gauches sur une petite hernie discale L5-S1 gauche, sans complications immédiates post infiltration.

14. Le 9 mai 2018, le Dr C_____ a informé la SUVA que les premiers soins avaient été donnés à l'assuré le 7 mars 2018. Celui-ci avait chuté sur la neige avec un « mécanisme non précisable du membre inf. G ». Il avait constaté objectivement la mobilisation des hanches difficile, un patient crispé « ++ ». Le diagnostic était un probable claquage musculaire « ischios G ». Les constatations concordaient avec l'événement invoqué par le patient et semblaient plausibles. Le médecin n'avait pas revu le patient depuis le 12 mars. L'incapacité de travail était de 100% dès le 7 mars 2018.

15. Dans un rapport intermédiaire du 15 mai 2018, le Dr G_____ a diagnostiqué, en lien avec le sinistre du 6 mars 2018, une contusion lombaire avec conséquente hernie discale L5-S1, *mot illisible,* compressive, symptomatique, peu déficitaire. L'état actuel était un statu quo malgré deux infiltrations. Le pronostic était réservé. Une chirurgie serait probablement nécessaire. Il n'y avait pas de circonstances particulières ayant influencé l'évolution du traitement. Le patient avait été opéré d'une hernie discale L4-L5 à l'âge de 28 ans, suite à un accident et n'avait plus eu de problème jusqu'au nouvel accident, à l'âge de 50 ans. Par ailleurs, le problème actuel se situait au niveau L5-S1, avec deux infiltrations sans grand effet. Le patient

avait été adressé au Dr H_____ pour évaluation. Le Dr G_____ a répondu par un point d'interrogation à la question relative à la reprise du travail.

16. Le 5 octobre 2018, le Dr H_____ a indiqué avoir procédé le même jour à une résection microchirurgicale de la hernie discale de l'assuré, sans complication particulière.

17. Le 13 décembre 2018, l'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité.

18. Le 5 février 2019, le Dr H_____ a informé l'OAI que les restrictions fonctionnelles de l'assuré qui découlaient de son atteinte orthopédique et ayant un impact sur la capacité de travail étaient : la position debout prolongée, le port de charges lourdes de plus de 10 kg et la torsion du dos. Du point de vue strictement orthopédique, sa capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles deux mois après la chirurgie était de 50%, puis de 100% (reprise selon évolution). Le médecin s'en référait toutefois au médecin traitant sur cette question.

19. Dans un rapport du 7 février 2019, le Dr H_____ a indiqué, suite à une consultation de l'assuré du même jour, qu'il y avait une évolution favorable d'une lombo-sciatalgie gauche à plus de trois mois après la chirurgie de hernie discale L5-S1 gauche. Il n'avait plus aucune douleur irradiant dans la jambe gauche. À l'examen clinique, il n'y avait aucun déficit neurologique des membres inférieurs et la force était conservée et symétrique. La cicatrice était calme. Le patient se plaignait toujours de douleurs du dos. Il avait surtout montré la partie musculaire dorsale latérale à droite. Comme il marchait toujours très courbé en avant, il lui avait été recommandé d'essayer de marcher le plus droit possible. Le patient avait également été encouragé à faire du sport, en particulier de la natation. Pour ce qui était de la reprise de travail, le Dr H_____ laissait au Dr G_____ le soin de regarder si l'assuré pouvait recommencer son activité de nettoyage. Pour sa part, il avait expliqué à l'assuré qu'il pouvait lui faire un arrêt de travail pendant trois mois après la chirurgie.

20. Dans un rapport du 8 avril 2019, le Dr G_____ a indiqué à l'OAI que la longue maladie de l'assuré avait débuté le 6 mars 2018 et que celui-ci avait été totalement incapable de travailler du 7 mars au 15 avril 2018, puis dès le 26 avril 2018. La capacité de travail exigible était de 0% dans l'activité habituelle de nettoyeur et elle pourrait être de 50% dans une activité adaptée (à évaluer ?). Les facteurs qui faisaient obstacle à une réadaptation étaient le peu de formation et l'âge du recourant. Les limitations fonctionnelles étaient les flexions répétées du tronc et le port de charges de plus de 10 kg. Les longues marches étaient assez limitées. L'assuré travaillait dans le nettoyage et avait été licencié pour la fin du mois de mars 2019. Il pourrait travailler dans une activité légère (à évaluer), telle que celle d'huissier ou de magasinier.

21. Selon un rapport établi le 8 mai 2019 par le Dr G_____, le diagnostic était des lombalgies chroniques. La capacité de travail de l'assuré dans son travail actuel était

de 0%. Un travail à temps partiel ne lui paraissait pas possible. Le pronostic était réservé, l'assuré ayant des douleurs de dos chroniques.

L'employeur de l'assuré a indiqué le 28 août 2019 que les rapports de travail avaient commencé le 25 novembre 2016 et que le contrat de travail avait été résilié en raison de l'absence prolongée de l'assuré dès avril 2018 pour cause de maladie et dès le 7 mars 2018 en raison d'un accident. Le dernier jour de travail effectif avait été le 6 mars 2018. Son horaire de travail avait été de 8 heures 50 par jour, soit 42 heures par semaine depuis le 25 novembre 2016. L'employeur a produit les fiches de salaire de l'assuré pour les années 2017 jusqu'à mars 2019.

22. Le 25 juillet 2019, le docteur J_____, médecin SMR, a estimé qu'il ressortait des documents du dossier, en particulier du rapport du Dr H_____ du 7 février 2019, qu'il fallait considérer que la capacité de travail de l'assuré était définitivement nulle dans l'ancienne activité de nettoyeur depuis le 6 mars 2018, de 50% dans une activité adaptée à partir du 5 décembre 2018 et de 100% dès le 7 février 2019. Le Dr J_____ relevait que dans son rapport du 8 avril 2019, le Dr G_____ avait attesté que l'assuré avait une capacité de travail de 50% dans une activité de travail adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne du dos pour des facteurs psychosociaux (peu de formation et âge) qui ne pouvaient pas être pris en compte par l'OAI.

23. Selon une détermination du degré d'invalidité du 29 août 2019, l'OAI s'est fondé, pour déterminer le revenu avec invalidité de l'assuré, sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après ESS) 2016, pour un homme exerçant dans tous les secteurs confondus une activité de niveau 4 (recte 1) (activités simples et répétitives), soit CHF 5'340.-, en tenant compte de la durée normale hebdomadaire de travail de 41,7 heures, sans abattement supplémentaire, les critères habituellement admis ne permettant pas une réduction plus importante. Après indexation à 2019, le salaire avec invalidité pris en compte s'élevait à CHF 67'430.-

    S'agissant du revenu sans invalidité, d'après le questionnaire de l'employeur du 28 août 2019, l'assuré exerçait une activité à 100% comme nettoyeur en bâtiment non qualifié. Son salaire en 2017 s'était élevé à CHF 53'890.-, ce qui était confirmé par son compte individuel. Actualisé à 2019, le revenu à prendre en compte était de CHF 54'154.-.

24. Selon un extrait de son compte individuel, l'assuré a perçu de l'employeur un salaire de CHF 53'890.- en 2017.

25. Par projet de décision du 29 août 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré.

26. Le 17 septembre 2019, l'assuré a contesté le projet de décision, faisant valoir que sa santé ne lui permettait pas de travailler.

27. Par décision du 10 octobre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Son statut était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son

activité professionnelle. À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI lui reconnaissait une incapacité de travail de 100% dans son activité habituelle dès le 6 mars 2018 (début du délai d'attente d'un an) et considérait que dans une activité adaptée à son état de santé, sa capacité de travail était de 50% dès le 5 décembre 2018, puis de 100% dès le 7 février 2019. À l'issue du délai d'un an, soit au 6 mars 2019, son taux d'invalidité se calculait sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF 54'154.- et d'un revenu avec invalidité CHF 67'430.-, ce qui donnait un taux d'invalidité nul, qui n'ouvrait pas à l'assuré le droit à une rente. Par ailleurs, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas nécessaires dans sa situation.

28. Le 14 novembre 2019, l'assuré, assisté d'un conseil, a formé recours contre la décision de l'OAI du 10 octobre 2019 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, avec suite de dépens.

29. Dans un complément de recours du 15 janvier 2020, le recourant a conclu à la comparution personnelle des parties, à l'audition des Drs G_____ et H_____ ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, rhumatologique et neurologique).

    Il faisait valoir que l'OAI n'avait pas procédé à des mesures d'ordre professionnel lui permettant de se réadapter. L'OAI avait en outre fondé la décision querellée sur le rapport médical du Dr J_____, qui n'avait jamais été en contact avec lui et qui était contredit par les Drs G_____ et H_____, qui avaient tous deux invité l'intimé à mettre en place des ateliers professionnels pour évaluer ses possibilités d'effectuer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles. Ses deux médecins ne retenaient pas que sa capacité de travail dans une activité adaptée était de 100% dès le 7 février 2019.

    Le rapport du Dr J_____ aurait dû être écarté, car il ne se basait ni sur des observations approfondies, ni sur des investigations complètes. Il n'avait ainsi pas de valeur probante. L'intimé avait ainsi gravement négligé son devoir d'instruction.

    En conclusion, il se justifiait de reconnaître au recourant le droit à une rente d'invalidité entière fondée sur une capacité de travail résiduelle dans une activité de 30% au plus et d'une diminution de rendement de 25%, vu en particulier ses importantes limitations fonctionnelles extrêmement invalidantes ainsi que les douleurs importantes et difficilement soutenables dont il souffrait, plus une réduction supplémentaire de 25% également, compte tenu son âge, de son absence de formation et de maîtrise du français.

30. Le 5 février 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le recourant contestait la capacité de travail retenue sans alléguer de faits précis susceptibles de remettre en cause la décision attaquée. Le SMR avait tenu compte de l'ensemble des documents médicaux au dossier pour fonder son appréciation sur la capacité de travail et les différents rapports médicaux avaient été discutés. Les rapports du SMR ne se fondaient pas sur des examens médicaux effectués par le SMR (art. 49 al. 3 RAI).

Les nouvelles pièces médicales produites par le recourant avaient été soumises au SMR pour appréciation. Selon l'avis établi le 4 février 2020 par la doctoresse K_____, du SMR, les documents médicaux produits par le recourant indiquaient principalement que le recourant devait subir prochainement une intervention neurochirurgicale, en raison de cruralgies gauches déficitaires. Lors de la consultation du 7 février 2019 avec le Dr H_____, à quatre mois de la première intervention chirurgicale, l'assuré n'avait décrit aucune douleur irradiante dans les membres inférieurs. L'IRM du 19 septembre 2019 relevait une hernie discale de L3-L4 en légère amélioration par rapport à juillet 2018, date à laquelle elle n'était pas symptomatique. Dans ces conditions, il n'y avait pas d'éléments médicaux au dossier justifiant une aggravation notable de l'état de santé avant la décision du 10 octobre 2019.

31. Le 14 septembre 2020, le recourant a informé la chambre de céans n'avoir toujours pas reçu du Dr H_____ les pièces médicales sollicitées en lien avec la nouvelle intervention chirurgicale qu'il avait subie le 2 juillet 2020. Il les verserait à la procédure dès réception.

    Il ressortait d'un rapport établi par le médecin-conseil de la SUVA du 23 juin 2020 que dans un rapport de consultation de neurochirurgie du 16 juillet 2018, il avait été noté la présence d'une sténose récessale et hernie discale L3-L4 gauche. Le médecin avait proposé une intervention uniquement sur la hernie discale L5-L1 à gauche et, si cette chirurgie n'améliorait pas la symptomatologie ou en cas de récidive, il faudrait alors proposer une spondylodèse. L'intervention ainsi envisagée avait dû être pratiquée le 2 juillet 2020. Force était de relever que les constatations du SMR étaient inexactes, dès lors que selon celui-ci, la proposition d'intervention pour décompression du récessus L3-L4 gauche et la hernie discale n'avait été formulée que le 9 janvier 2020, alors que cette indication avait déjà été posée courant juillet 2018, soit antérieurement à la décision de l'intimé du 10 octobre 2019.

    Il apparaissait dès lors inexact de considérer qu'il n'existait aucun élément médical justifiant une aggravation notable de l'état de santé du recourant avant le prononcé de la décision querellée. L'audition des médecins sollicitée permettrait de confirmer que les conclusions du SMR du 4 février 2020 étaient erronées.

    Le recourant a produit le rapport établi le 23 juin 2020 par le service médical des agences de la SUVA, qui indique au regard de la date du 29 octobre 2018 : « Rapport de consultation de neurochirurgie du 16 juillet 2018 : lombosciatalgie G sur hernie discale L5-S1 G laminant la racine S1 G. » proposant la résection microchirurgicale de la hernie discale et précisant que si cette chirurgie n'améliorait pas les symptômes ou en cas de récidive, il faudrait proposer une spondylodèse aux niveaux L4-L5 et L5-S1.

32. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de 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.

4. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel lui permettant de se réadapter.

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, 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).

7. 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.

8. 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).

   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).

9. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

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

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

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

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 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).

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).

11. 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).

12. 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).

13. 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).

14. En l'espèce, le SMR a retenu que le recourant avait une capacité de travail nulle depuis le 6 mars 2018 dans son activité habituelle de nettoyeur, et totale à partir du 7 février 2019, soit quatre mois après l'opération du 5 octobre 2018, en se fondant sur le rapport établi le 5 février 2019 par le Dr H_____, qui retenait une capacité de travail de 50% deux mois après l'intervention, puis pleine par la suite, et le rapport du 7 février 2019 du même médecin, qui confirmait, sur la base d'une consultation du même jour, une bonne évolution et qui estimait pouvoir attester d'une incapacité de travail de trois mois après la chirurgie. Bien que le Dr H_____ se soit référé au Dr G_____ pour déterminer si le recourant pouvait recommencer son activité de nettoyeur, son appréciation de la capacité de travail est davantage probante que celle du Dr G_____, car il est un médecin spécialisé, qui a lui-même procédé à l'opération du recourant et à l'examen de contrôle suite à cette opération. Le Dr G_____, en tant que médecin généraliste, est davantage susceptible de prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Il faut également constater que son appréciation de la capacité de travail résiduelle de son patient est passée de 50% à 0% entre le 8 avril et le 8 mai 2019,

sans motivation particulière. Or, les limitations que ce médecin retenait le 8 avril 2019, soit les flexions répétées du tronc et le port de charges de plus de 10 kg, n'apparaissent pas de nature à réduire totalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Il en résulte que l'intimé pouvait, sur la base des pièces médicales au dossier, retenir une capacité résiduelle entière dans une activité adaptée, dès le 7 février 2019, sans autre mesure d'instruction. Les demandes d'instruction complémentaires du recourant doivent en conséquence être rejetées.

15. Le recourant s'est prévalu d'une aggravation de son état de santé, du fait qu'il a été opéré le 2 juillet 2020. Il faut toutefois constater qu'au moment de la décision querellée, soit le 10 octobre 2019, aucune aggravation de son état de santé n'était établie par rapport médical. Le rapport du 16 juillet 2018, auquel se réfère le recourant se limitait à proposer une nouvelle intervention (soit une spondylodèse aux niveaux L4-L5 et L5-S1) au cas où la résection microchirurgicale de la hernie discale, prévue en premier lieu, n'améliorerait pas les symptômes du recourant ou en cas de récidive. Il en résulte que l'éventuelle aggravation de l'état de santé de l'assuré n'est intervenue qu'après la décision querellée et qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte dans le cadre de la présente procédure.

16. 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).

17. 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 (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles

d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2).

18. 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'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

    La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et

les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2013 du 22 août 2013 consid. 5.3).

Bien que l'âge soit inclus dans le cercle des critères déductibles depuis la jurisprudence de l'ATF 126 V 75 – laquelle continue de s'appliquer (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_470/2017 du 29 juin 2018 consid. 4.2) – il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Encore récemment, le Tribunal fédéral a rappelé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 précité consid. 5). Il a considéré qu'un assuré ayant accompli plusieurs missions temporaires, alors qu'il était inscrit au chômage consécutivement à la cessation d'activité de son ancien employeur, disposait d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (59 ans au moment déterminant), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge de l'intéressé sur le marché équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5; voir aussi arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 et 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3).

Le niveau de qualification professionnelle pour une activité simple et répétitive ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (cf. par exemple arrêts du Tribunal fédéral 9C_777/2015 du 12 mai 2016 consid. 5.3 et 9C_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3).

19. En l'espèce, le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé n'appelle pas la critique. Ni l'âge du recourant, qui était âgé de 50 ans en 2019, ni ses difficultés linguistiques ou l'absence de formation ne justifient un abattement selon la jurisprudence, s'agissant d'une activité simple et répétitive. S'agissant des limitations fonctionnelles, un abattement de 10% se justifie, mais il ne suffit pas à ouvrir au recourant un droit à une rente, car le taux d'invalidité en tenant compte d'un tel abattement est de 11%.

20. a. Le recourant a encore fait valoir que l'intimé n'avait pas procédé à des mesures d'ordre professionnel lui permettant de se réadapter.

b. Selon l'art.17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

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).

c. S'agissant de l'orientation professionnelle, l'art. 15 LAI la subordonne à la condition que l'invalidité rende difficile le choix d'une profession ou l'exercice de l'activité antérieure.

d. En l'espèce, le degré d'invalidité du recourant n'atteint pas le seuil de 20% donnant droit à une mesure de reclassement. S'agissant d'une orientation professionnelle, il y a lieu d'admettre compte tenu des limitations fonctionnelles retenues – soit selon le rapport établi le 5 février 2019 par le Dr H_____, la position debout prolongée, le port de charges lourdes de plus de 10 kg et la torsion du dos – qu'il existe un nombre suffisant large d'activités légères sur le marché du travail que le recourant peut assumer et il n'apparaît pas que celui-ci soit empêché par son invalidité de faire le choix d'une nouvelle orientation dans une profession adaptée à son handicap. Le droit à l'orientation professionnelle selon l'art. 15 LAI n'entre donc pas non plus en considération.

21. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1bis 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

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