

# **GE\_GERICHTE ATAS/58/2019 vom 28. Januar 2019**

GE Cour de justice, 2019-01-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_58\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_58_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/58/2019 du 28 janvier 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/58/2019 del 28 gennaio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 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).

### **E. 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 A/2402/2017 - 23/41 - forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement de son droit à une rente ou à des mesures professionnelles.

### **E. 5**

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2).

## **E. 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 1er janvier 2008).

## **E. 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. 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).

A/2402/2017 - 24/41 -

## **E. 8**

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.

## **E. 9**

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 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain

causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

## **E. 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 LPG), 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

A/2402/2017 - 25/41 - 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: a. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de

manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un

A/2402/2017 - 26/41 - 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

## **E. 11**

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère

invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

#### **E. 12**

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits

A/2402/2017 - 27/41 - survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

#### **E. 13**

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).

#### **E. 14**

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).

#### **E. 15**

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

A/2402/2017 - 28/41 - 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).

## **E. 16**

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). 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 (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité 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

A/2402/2017 - 29/41 - 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). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation

A/2402/2017 - 30/41 - des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C\_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste

des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_286/2015, op. cit, consid. 4.2 et 9C\_602/2015, op. cit., consid. 6.1). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

A/2402/2017 - 31/41 - En cas de baisse de rendement, l'abattement doit être appliqué à la part du salaire statistique que l'assuré est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement et ne saurait en aucun cas être additionné au taux de la diminution de rendement, puis il convient de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale. La différence obtenue correspond à la perte de gain effective et donne le taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5).

#### **E. 17**

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

#### **E. 18**

Si amélioration de l'état de santé Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

#### **E. 19**

Aux termes de l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré

s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable.

## **E. 20**

En l'espèce, le recourant conteste la décision entreprise, en tant qu'elle s'est basée, à tort, selon lui, sur une expertise à laquelle il estime que l'on ne saurait reconnaître une valeur probante, dans la mesure où les experts ont retenu qu'à partir du mois de décembre 2012 l'assuré devait se voir reconnaître une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce qui selon lui irait à l'encontre des autres avis médicaux, soit en l'espèce de plusieurs de ses médecins traitants. Il convient dès lors de déterminer si l'on peut reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire du CEMed (rapport le 17 octobre 2013), complété par la suite par le rapport complémentaire du 19 janvier 2015 de l'expert rhumatologue, le Dr R\_\_\_\_\_ mandaté par l'intimé pour un complément d'expertise, au vu des éléments médicaux nouveaux apportés par l'assuré à l'appui de sa contestation du projet de décision du 7 avril 2014. a. S'agissant de l'expertise pluridisciplinaire initiale, confiée au CEMED, dont les experts désignés - le Dr. Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, le Dr. R\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, la Dresse S\_\_\_\_\_, FMH en psychiatrie- psychothérapie, et Mme T\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP - ont rendu leur rapport le 17 octobre 2013, force est tout d'abord de constater que l'expertise a été confiée à un centre d'expertise indépendant reconnu par l'Office fédéral des assurances A/2402/2017 - 32/41 - sociales (OFAS) via la plateforme SuisseMED@P, selon la procédure de désignation aléatoire prévue par l'art. 72bis RAI. Les médecins désignés pour chacune des branches concernées sont des spécialistes indépendants et reconnus; Les experts ont examiné séparément le patient, après avoir lu attentivement le dossier et le résumé, et en ayant le cas échéant procédé aux examens complémentaires nécessaires. Les experts ont établi conjointement le rapport après une discussion interdisciplinaire. L'expertise a ainsi été rendue sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts aboutissent à des résultats convaincants. Les experts ont tenu compte de l'intégralité des avis exprimés par les médecins traitants et les consultants spécialisés des HUG ayant eu à connaître du cas du recourant. Leurs observations et conclusions reposent sur une anamnèse très complète, chaque spécialiste ayant approfondi les aspects anamnestiques propres à son domaine de compétence; les plaintes du patient ont dûment été prises en compte; les examens de l'expertisés par chacun des spécialistes concernés ont au besoin été complétés par des tests et examens complémentaires. Il importe de retenir à ce stade qu'au moment où les experts se sont prononcés, en 2013, ils l'ont fait en toute connaissance de cause, prenant en compte la situation médicale et personnelle du patient, dans tous ses aspects, tant physiques que psychiques que par rapport aux facteurs psychosociaux ou socioculturels. Le recourant considère que l'expertise pluridisciplinaire serait dépourvue de valeur probante au motif que ses conclusions iraient à contre-courant des autres avis médicaux. Il se réfère aux avis médicaux respectifs du Dr D\_\_\_\_\_ (selon lequel l'IT serait incontestablement de 100 % autant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée) ; du Dr R\_\_\_\_\_ - ndr. expert CEMED - (selon lequel les douleurs ressenties par le recourant dans les pieds sont handicapantes «principalement à la charge avec restriction de la position debout et la marche»), du Dr X\_\_\_\_\_, selon lequel les lésions aux pieds seraient fortement invalidantes et que les restrictions à une activité ne peuvent être réduites par des mesures médicales,

aucune reprise d'activité professionnelle ne pouvant être envisagée. Force est de constater que les avis des médecins traitants, visés par le recourant ne sont pas aussi diamétralement opposés à l'avis de l'expert, qu'il voudrait le faire croire : il vise notamment l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ (Doc 17 dossier OAI), du 7 octobre 2012 : selon ce praticien, le seul diagnostic avec effet sur la CT est celui talalgie bilatérale depuis 2011; ceux qui n'ont pas d'effet sur la CT sont la perturbation de tests hépatiques d'origine indéterminée depuis 2002, la suspicion de troubles de la mémoire depuis 2011 et l'épisodes de lombalgie depuis 2012. Il préconisait déjà à l'époque le port de supports plantaires. En revanche, le recourant se garde bien de faire état des remarques du Dr D\_\_\_\_\_ qui, à la question de savoir si l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la CT répond : « je n'en sais rien, cas bloqué. »... Et de préciser dans la rubrique remarques (ch. 1.11 du questionnaire) : « Je n'arrive pas à cerner la

A/2402/2017 - 33/41 - personnalité de (A\_\_\_\_\_.) rien ne s'améliore. Le désire-t-il vraiment ? » À la même époque le Dr C\_\_\_\_\_ qui retenait le diagnostic de talalgie bilatérale indiquait que le traitement conservateur est la règle dans un premier temps et doit associer des supports plantaires spécifiques, à une orthèse de positionnement nocturne, afin d'effectuer un stretching passif des gastrocnémiens, et à des exercices d'étirement de ces mêmes gastrocnémiens, effectués quotidiennement. Il lui avait prescrit ces divers éléments et le patient devait retourner prochainement chez son médecin traitant afin d'évaluer leur efficacité et d'envisager une reprise de son activité professionnelle. C'est dans ce contexte que l'on doit apprécier les remarques susmentionnées du médecin traitant, expliquant que la situation était « bloquée » malgré les conseils du chirurgien orthopédique, d'où les doutes du médecin traitant quant à une véritable volonté du patient de voir sa situation s'améliorer. Le recourant vise encore d'autres avis médicaux, mais qui sont tous postérieurs à l'expertise du CEMed de 2013, et qui ont précisément motivé le complément d'expertise que l'on examinera ci-après. Force est toutefois de constater que les exemples choisis ne permettent pas de mettre objectivement en lumière des éléments dont les experts n'auraient pas tenu compte, à l'époque de la première expertise, en 2013. Du reste, même les avis postérieurs, comme celui du Dr X\_\_\_\_\_, ne remettaient nullement en cause les conclusions des experts de 2013. Tout au plus évoquaient-ils une possible aggravation de l'état de santé, postérieure à la première expertise; ce qui a conduit l'OAI à demander un complément d'expertise au Dr R\_\_\_\_\_, que l'on examinera ci-après. Ainsi l'expertise de 2013 doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, sur le plan rhumatologique, au moment où elle a été rendue, en fonction des éléments dont disposait l'expert au moment où il a examiné l'assuré. Le recourant prétend en outre que cette expertise serait "complètement déconnectée de la réalité": il en veut pour preuve que le rapport indique que l'expertisé est particulièrement satisfait de la réussite de ses enfants, alors que l'un de ses fils a été placé dans un foyer en raison de son handicap causé par l'accident de la circulation survenu en 2005, et que sa fille, sans ressources financières, vit de l'Hospice général. Cet argument tombe à faux: non seulement le rapport incriminé ne dit pas "particulièrement" satisfait: il est indiqué en bas de p. 11 de ce rapport que M. et Mme A\_\_\_\_\_. "sont très satisfaits de la réussite de leurs enfants". Or, cette phrase suit immédiatement la description de la situation des membres de la famille de l'expertisé (ses enfants et son épouse): le rapport mentionne, s'agissant du fils aîné: " un fils de 20 ans qui vit actuellement chez les parents de l'expertisé, suite à son accident. Il travaille au Foyer handicap, dans un atelier de dessin artistique. Il est aidé par l'Hospice général. Il a néanmoins besoin d'une surveillance particulière. Il espère toutefois acquérir prochainement une certaine indépendance pour pouvoir prendre son propre

appartement. Il travaille également dans le jardin de son grand- père avec celui-ci. " Le rapport mentionne ensuite: " une fille de 19 ans qui vient d'acquérir un CFC de styliste, à Lausanne. Elle vit seule et bénéficie de l'aide de l'Hospice Général, ainsi que d'une bourse. L'année prochaine elle va poursuivre sa

A/2402/2017 - 34/41 - formation au Tessin". L'ensemble du passage de ce rapport s'inscrit dans le relevé des éléments anamnestiques fournis par l'expertisé; il n'est pas question d'une interprétation des experts. Du reste le recourant ne prétend pas qu'il n'aurait pas confié à l'expert sa satisfaction par rapport à l'évolution de ses deux aînés. Cette appréciation n'a au demeurant rien de contradictoire par rapport à la situation de chacun des enfants.

L'évolution du fils aîné apparaissait positive en regard de l'avenir sombre que pouvaient laisser entrevoir les conséquences que pouvait entrevoir subjectivement l'assuré par rapport à l'accident dont l'adolescent avait été victime à l'âge de 15 ans. Quant à la jeune fille, ses perspectives d'avenir apparaissaient positives également, après l'obtention d'un CFC et la poursuite de sa formation au bénéfice d'une bourse d'études, complétée par une aide financière de l'Hospice général. Vivant indépendante, elle réunissait les conditions d'une telle aide. Venir soutenir, après coup, et en substance suggérer que le fait d'avoir deux enfants assistés par l'Hospice serait de toute évidence l'illustration d'un échec ne pouvant inspirer la moindre satisfaction chez les parents, et d'ironiser ainsi sur la pertinence des conclusions des experts, relève de la mauvaise foi. b. Dans le cadre de l'opposition au projet de décision du 7 avril 2014, le SMR, (pièce 62 dossier OAI) ayant réexaminé, en date du 3 octobre 2014, la situation de l'assuré en fonction du rapport établi par la Dresse M\_\_\_\_\_ du 20 mai 2014, a retenu une possible aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis son précédent avis, ceci sur le plan rhumatologique (« car pour ce qui est des hernies abdominales, celles-ci ont déjà été évaluées par l'expertise effectuée en 2013). Le SMR a ainsi conclu que pour infirmer ou confirmer une telle aggravation et ses conséquences sur la CT, il convenait de demander un complément d'expertise à l'expert rhumatologue ayant examiné l'assuré en 2013. Le recourant ayant contesté, en bloc, l'expertise et l'expertise complémentaire, en faisant référence à des avis médicaux sans en distinguer les périodes, il convient d'apprécier la force probante du rapport complémentaire du Dr R\_\_\_\_\_, en fonction du dossier tel qu'il se présentait au moment de son examen complémentaire. Son rapport, du 19 janvier 2015, se fonde sur la lecture attentive du dossier, ainsi que sur l'anamnèse personnelle à laquelle il a procédé, et sur l'examen clinique du patient, intervenu le 18 novembre 2014. Après avoir résumé le dossier médical, et décrit l'évolution, après l'expertise de 2013, des pieds, de l'épaule droite, de la main droite du genou droit, prenant en compte tous les documents médicaux (document radiologique et rapports médicaux) à disposition et pris note des mesures ordonnées. Il a relevé les plaintes actuelles du patient avant de procéder à l'examen rhumatologique détaillé : il a noté que durant l'entretien, l'assuré était resté environ 1h20 assis, sans manifester de douleurs et sans changer de position. L'examen clinique comprend le rachis cervical, le rachis dorso- lombaire, les deux épaules, les coudes, les poignets et les mains, les hanches et les genoux, les chevilles et les pieds. Il a également relevé les points de Smythe (5/18). Il a retenu les diagnostics avec effet sur la CT de : talalgie bilatérale sur pieds plats

A/2402/2017 - 35/41 - valgus ; douleurs chroniques de l'épaule droite en relation avec une lésion fissuraire du tendon supra- épineux et une lésion partielle du tendon suprascapulaire avec une subluxation médiale du long chef du biceps; gonalgie droite sur une lésion grade 3 de la corne postérieure du ménisque interne associée à un gros kyste méniscal. Quant aux

diagnostics sans effet sur la CT, il a retenu la luxation récidivante de l'épaule gauche et s/p opération d'un flegme maux de la gaine des fléchisseurs du 3e rayon de la main droite, le 8 juillet 2014, avec légère restriction douloureuse de la flexion du doigt. Après discussion motivée du cas, il s'est prononcé sur l'influence sur la CT et les limitations en relation avec les troubles constatés; il a retenu que la CT était nulle dans l'ancienne activité de nettoyeur, depuis septembre 2011, la situation étant restée stationnaire. Il a considéré que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables théoriquement, relevant toutefois qu'il serait préférable d'attendre que les diverses interventions chirurgicales programmées au niveau des pieds, du genou droit et de l'épaule droite puisse être effectuée avant de réévaluer les capacités fonctionnelles de l'assuré. Il a relevé que la situation pourrait s'améliorer suite aux interventions chirurgicales précitées, notant que ces mêmes interventions allaient entraîner des incapacités de travail prolongées pendant plusieurs mois. Il était difficile d'évaluer les résultats des interventions prévues, qui pouvaient soit améliorer réellement la situation, soit permettre une légère amélioration fonctionnelle, soit encore se solder par des douleurs persistantes. S'agissant d'une CT dans une activité adaptée, l'expert considère que l'intéressé garde théoriquement une CT complète dans une activité adaptée respectant les limitations décrites. Mais il a relevé que ce qui changeait dans l'appréciation, par rapport à la précédente expertise était l'apparition de douleurs handicapantes du genou droit. Toutefois, selon lui, ces douleurs devraient s'améliorer suite à l'intervention chirurgicale programmée fin 2014 - début 2015; et d'autre part, l'étendue des lésions de l'épaule droite qui sont plus marquées que celles décrites auparavant. Toutefois ces lésions de l'épaule devraient être compatibles avec une activité adaptée de bureau, voire de manutention légère, sans mouvement répétitif du bras en élévation avec limitation des ports de charges. Il faudrait toutefois attendre que les interventions chirurgicales discutées soient toutes effectuées avec un suivi adéquat pendant la période post-opératoire. S'agissant de la CT dans une activité adaptée, il retient qu'elle serait probablement à 100 %, après une période d'incapacité de travail post-opératoire programmée. Il n'y aurait pas de diminution de rendement. L'activité adaptée sera exigible après que les différentes interventions chirurgicales programmées soient effectuées. L'expert a ainsi répondu à toutes les questions posées, ses conclusions étant exemptes de contradictions, et convaincantes ; ce complément d'expertise, effectué par un spécialiste et selon les règles de l'art, peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante. Et il y a lieu de relever que parmi les critiques quant à la valeur probante de l'expertise, le recourant a visé la position exprimée par le Dr X\_\_\_\_\_ (« pièce 85 dossier OAI. ») Il en retient que ce spécialiste a considéré que les restrictions à une activité ne pouvaient être réduites par mesures médicales et qu'aucune reprise

A/2402/2017 - 36/41 - d'activité professionnelle ne pouvait être envisagée. Hormis le fait que cette prise de position date de juillet 2015, soit postérieurement au complément d'expertise susmentionné, contrairement à ce que suggère le recourant, il ne saurait tirer argument de ses seules références, partielles, à la réponse de ce médecin au questionnaire de l'OAI: le fait qu'il n'existerait pas de mesures médicales susceptibles de réduire les limitations fonctionnelles n'ont aucune influence sur la question déterminante de ce dossier, savoir la CT dans une activité adaptée. L'observation de ce médecin, considérant qu'une reprise de l'activité professionnelle ne pouvait être envisagée, concerne la CT dans l'activité habituelle de nettoyeur; or aucun médecin, traitant, expert, SMR, et l'intimé lui-même, ne conteste que dans ce domaine la CT soit nulle. Le recourant omet en revanche de préciser qu'à la première page du courrier de l'OAI sur lequel il a répondu, le Dr X\_\_\_\_\_ a clairement répondu que le début de la longue maladie se situait en 2011, que la CT exigible

dans l'activité habituelle était de 0 %, mais qu'elle était en revanche de 100 % dans une activité adaptée, ceci dès le 26 juillet 2015, jour où il a répondu à ce questionnaire, relevant que les limitations fonctionnelles étaient des douleurs dans la station debout. On relèvera encore que l'intimé, dans sa réponse au recours, a noté que ce même spécialiste s'était prononcé, en août 2016, sur les questions posées par l'OAI, en indiquant que la CT dans une activité sédentaire privilégiant la position assise était de 100 %, depuis « n'importe quand ». On peine à comprendre où le recourant veut en venir, lorsque, dans sa réplique, il objecte que la détermination du Dr AG\_\_\_\_\_ (recte: X\_\_\_\_\_) n'est ni datée, ni justifiée médicalement, et qu'elle ne peut dès lors être déterminante, ce d'autant qu'elle serait en contradiction avec le propre rapport de ce médecin du mois de juillet 2015. Comme on vient de le voir, la prétendue contradiction de ce médecin avec son propre rapport antérieur n'existe que dans l'esprit du recourant. S'il est vrai, cela étant, que la réponse du Dr X\_\_\_\_\_ aux questions précises de l'OAI est très succincte, et qu'à ce titre, elle ne répond pas à toutes les exigences jurisprudentielles requises pour avoir une pleine valeur probante, le recourant semble oublier que cet avis émane de l'un de ses médecins traitants, et que si la réponse visée n'est pas datée, c'est probablement par ce que ce praticien aura éprouvé quelque pudeur en ne datant pas sa réponse, dès lors qu'il répondait en août 2016 à la demande de l'OAI du 9 octobre 2015... Mais surtout, l'élément déterminant de cette réponse est d'une part qu'elle ne contredit pas les conclusions de l'expert de janvier 2015, et qu'en août 2016, la CT dans une activité adaptée était identique à ce qu'elle était déjà en juillet 2015 lorsque le Dr X\_\_\_\_\_ s'était prononcé, au demeurant de manière plus générale par rapport au type d'activités adaptées requises par rapport aux talalgies.

#### **E. 21**

Contrairement à ce que soutient le recourant, sur le plan psychiatrique, l'intimé ne s'est pas contenté de l'avis exprimé par les experts, en 2013, pour fonder sa décision, du 2 mai 2017. Il a dûment interpellé le psychiatre traitant, le Dr Y\_\_\_\_\_ - qui suit le patient depuis le 17 juillet 2015, et qui s'est prononcé à plusieurs

A/2402/2017 - 37/41 - reprises: retenant initialement, en octobre 2015, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, il ne se prononçait pas sur la CT de son patient, attribuant l'essentiel des problèmes psychiques à la problématique somatique et psychosociale de l'intéressé; en mars 2016, le SMR a fait interroger ce psychiatre, en lui faisant poser des questions précises, sur le plan strictement psychiatrique. Ce dernier a répondu que du point de vue dépressif l'évolution était favorable, que la CT était actuellement (en avril 2016) de 70 %, et que du point de vue psychiatrique, elle était susceptible de s'améliorer, en fonction de l'évolution des problèmes ostéoarticulaires. Il ne savait pas si un programme de réentraînement au travail était susceptible d'améliorer la CT; il retenait comme restrictions (limitations fonctionnelles), la fatigue, un léger trouble de concentration, de la nervosité surtout en cas de fortes douleurs engendrant une baisse de moral avec des difficultés à s'activer, des pertes d'envie et de plaisir. On relèvera toutefois que les avis médicaux et rapports du psychiatre traitant n'ont jamais sérieusement justifié le diagnostic qu'il retenait initialement; et quoi qu'il en soit, ce médecin a rapidement constaté une évolution favorable par rapport à l'état dépressif.

#### **E. 22**

Ceci dit, et jusqu'au moment où l'OAI a rendu sa décision du 2 mai 2017, l'état de santé du recourant est au pire resté stationnaire, mais il semble s'être plutôt amélioré. C'est

notamment ce qui ressort d'un entretien téléphonique de la Dresse X\_\_\_\_\_ (SMR), du 22 novembre 2016 avec la Dresse M\_\_\_\_\_ (médecin traitant): cette dernière constatait que s'agissant du pied droit, la situation était stationnaire: elle considérait que la situation restait la même que lors de l'évaluation du Dr R\_\_\_\_\_; s'agissant de l'épaule droite, l'évolution était favorable après l'opération d'avril 2016, et aucune opération n'était actuellement prévue pour l'épaule gauche; et enfin, sur le plan psychiatrique, l'évolution était nettement favorable, et il n'y avait pas cet égard aucune restriction. Le médecin traitant évaluait la CT résiduelle entre 80 et 100 pour cent, si l'activité ne nécessitait pas de déplacement. Elle confirmait que la position assise était bien tolérée, sans douleur ni restriction. Il en résulte que la décision entreprise, fondée sur l'avis final du SMR sur audition, du 22 novembre 2016 (ch. 34 en fait). Selon la jurisprudence, ce type de rapport 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; n'est pas dénué de toute pertinence, quand bien même il ne contient aucune observation clinique, (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). Le Tribunal fédéral rappelle également qu'il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu, à condition toutefois qu'il ne subsiste aucun doute même faibles, 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 l'espèce, ce rapport particulièrement détaillé reprend, dans une analyse complète et convaincante,

A/2402/2017 - 38/41 - l'ensemble des documents médicaux versés au dossier, et l'évolution de l'état de santé du recourant tout au long de la procédure d'instruction, y compris dans la phase d'audition, et ses conclusions et recommandations à l'OAI en vue de la décision à rendre sont pleinement convaincantes, à la lumière de ce qui vient d'être dit par rapport aux critiques et à l'argumentation développée par le recourant dans le cadre de la procédure de recours.

### **E. 23**

Quant aux pièces médicales produites par le recourant à l'appui de son recours, soit en particulier la brève attestation du psychiatre traitant du 30 juin 2017, force est de constater d'une part que ce rapport est postérieur à la décision entreprise, qu'il est particulièrement succinct et n'apporte rien de nouveau qui aurait été ignoré par l'Office, ou le SMR et les médecins qui se sont exprimés précédemment sur ce dossier, notamment les experts et en particulier l'expert psychiatre, en 2013. En tout état il ne répond pas aux exigences de la jurisprudence pour que puisse lui être reconnu une pleine valeur probante, s'il s'agissait de remettre en cause les conclusions du SMR en particulier. Le psychiatre traitant n'apporte d'ailleurs aucun élément nouveau par rapport à ce qu'il avait évoqué précédemment. Ceci dit, il indique que du point de vue psychique l'évolution est favorable et « il a sa capacité de travail ». Sur ce dernier point, qu'importe de savoir si cette CT reconnue par le psychiatre concerne l'activité habituelle ou une activité adaptée, étant observé qu'il n'a pas non plus quantifié cette capacité en pour cent. Toutefois, dans la mesure où dans sa précédente prise de position, il avait retenu une CT de 70 %, - d'ailleurs sans justifier cette CT réduite -, on peut partir de l'idée que l'expression qu'il utilise ici évoque une pleine capacité de travail. Cette question n'est de toute manière pas déterminante, dans la mesure où, selon la jurisprudence rappelée précédemment, le juge des assurances sociales doit se prononcer sur

la légalité de la décision entreprise, en fonction de l'état du dossier et de l'état de fait tels qu'ils se présentaient au moment où la décision de l'assureur a été rendue. Il en va de même du courrier de la Dresse M\_\_\_\_\_ au conseil du recourant du 11 avril 2018 qui, en ce qui concerne les atteintes préexistantes, n'apporte rien de nouveau à ce qui était déjà connu avant la décision entreprise, sinon au moment où cette dernière a été rendue. Certes, à l'instar de ce que le recourant a évoqué lors de la comparution personnelle du 19 mars 2018, le médecin traitant évoque des éléments nouveaux, mais postérieurs à la décision entreprise : il en va ainsi de la consultation très récente (- première consultation le 14 mars 2018 [déclaration du recourant - PV de CP du 19 mars 2018 p.3 -], soit postérieurement à la décision entreprise) du docteur AC\_\_\_\_\_, spécialiste de la douleur, qui aurait mis en évidence une atteinte du nerf génito-fémoral droite, probablement l'origine post-opératoire, traitée par infiltration, en l'état, ayant apparemment permis de résoudre la douleur de façon complète, sur le moment, mais avec réapparition totale des douleurs après trois jours. On notera à cet égard que, contrairement à ce que soutenait le conseil du recourant, en fin d'audience de comparution personnelle, si les découvertes du

A/2402/2017 - 39/41 - Dr AC\_\_\_\_\_ paraissent avoir mis en évidence une problématique qui remontait à 2012, inexpliquée jusqu'ici, elles n'ont pas la portée que souhaite y donner le recourant. En effet, la problématique inguinale était déjà connue et avait été évoquée lors de l'instruction médicale (voir notamment rapport du médecin-traitant du 20 mai 2014 et note d'entretien téléphonique entre le SMR et le médecin-traitant – référence à une cure inguinale aux HUG); et elle avait été prise en compte dans l'appréciation globale de l'état de santé du recourant, y compris par rapport à la détermination de la CT, pleine dans une activité adaptée. Ainsi, à supposer que désormais la cause des douleurs inguinales ait pu être déterminée récemment, alors qu'elle aurait été attribuée à d'autres facteurs précédemment, voire inexpliquée jusqu'ici, cet élément n'aurait de toute manière pas d'incidence sur la décision entreprise. Quant à la problématique du coude droit, élément nouveau et d'apparition toute récente également, - première consultation auprès du Dr AE\_\_\_\_\_ en mars 2018 (déclaration du recourant- PV de CP du 19 mars 2018 p.3 -) -, cette atteinte nouvelle ne pourrait être examinée que dans le cadre d'une nouvelle demande auprès de l'OAI.

#### **E. 24**

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il est inutile de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, notamment à l'audition des trois médecins, sollicitée par le conseil du recourant dans son courrier du 7 mai 2018 (Dresse M\_\_\_\_\_, Drs AC\_\_\_\_\_ et Y\_\_\_\_\_), car l'audition de ces médecins ne serait pas susceptible de modifier l'appréciation de la chambre de céans (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Il en va de même, au vu des développements qui précèdent et de la jurisprudence précédemment citée, de l'expertise bidisciplinaire psychiatrique et rhumatologique sollicitée par le recourant.

#### **E. 25**

Enfin, s'agissant des conséquences de la pleine capacité de travail (100 %) retenue à juste titre par l'intimé, notamment la détermination du taux d'invalidité, dans les différentes périodes concernées et détaillées par l'OAI, (inférieur à 40 %) il n'y a pas lieu d'y revenir, l'intimé ayant correctement appliqué les principes régissant la matière, et le recourant n'élevant au demeurant aucune critique à cet égard. C'est également à juste titre que le droit

à des mesures professionnelles a été nié, dès lors qu'en tout état, et comme l'a relevé l'intimé avec pertinence, de telles mesures ne seraient pas de nature à améliorer la CT résiduelle, et l'éventail de professions simples, respectant les limitations fonctionnelles retenues, accessibles au recourant, sans exigences de qualification particulière, est suffisamment vaste, pour lui permettre de retrouver une activité à plein temps sans qu'il ne soit nécessaire de lui octroyer des mesures professionnelles.

**E. 26**

En tous points mal fondés, le recours sera rejeté.

**E. 27**

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le

A/2402/2017 - 40/41 - recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/2402/2017 - 41/41 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.