

GE_GERICHTE ATAS/600/2018 vom 28. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_600_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/600/2018 du 28 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/600/2018 del 28 giugno 2018

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 forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

a. À titre préalable, le recourant fait valoir une violation de son droit d'être entendu, au motif que la décision entreprise est, selon lui, lacunaire sur de nombreux points, les affections, pourtant graves, dont il souffre ne sont même pas évoquées. La décision rendue est, de son point de vue, choquante à plus d'un titre, notamment en ce qu'elle ne permet pas au recourant d'en comprendre et d'en apprécier les fondements – et ainsi de faire valoir ses arguments en toute connaissance de cause.

A/165/2017 - 16/32 - La décision doit en conséquence être annulée, violant ses droits élémentaires à obtenir une décision motivée. b. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 124 V 90 consid. 2 notamment). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1; 133 III 235 consid. 5.3). La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 [Cst. – RS 101]), notamment, le droit pour le

justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 138 II 252 consid. 2.2; 135 I 279 consid. 2.3; 135 II 286 consid. 5.1; 132 V 368 consid. 3.1). Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le devoir pour l'autorité de motiver sa décision, afin que le destinataire puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre aux exigences de motivation, il suffit que l'autorité mentionne au moins brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision; elle n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les arguments invoqués par les parties (ATF 129 I 232 consid. 3.2; ATF 126 I 97 consid. 2b). c. Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 138 I 97 consid. 4.16.1; 137 I 195 consid. 2.3.2). La réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; 126 V 130 consid. 2b); même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1). Enfin, la possibilité de recourir doit être propre à effacer les conséquences de la violation. Autrement dit, la partie lésée doit avoir eu le loisir de faire valoir ses arguments en cours de procédure contentieuse aussi efficacement qu'elle aurait dû pouvoir le faire avant le prononcé de la décision litigieuse (ATA/304/2013 du 14 mai 2013 consid. 4. c). En l'espèce, avant de rendre sa décision, l'intimé a soumis à l'assuré un projet de décision auquel ce dernier, représenté par un conseil, s'est opposé, observant qu'il n'était pas capable d'en comprendre la portée, faute de motivation ; il a notamment

A/165/2017 - 17/32 - produit une attestation de son médecin traitant, le Dr D_____, du 5 octobre 2016, lequel indique en substance suivre le patient depuis mars 2016, étant précisé qu'auparavant il était suivi par le service d'hémostase des HUG, pour une hémophilie A sévère, pour laquelle un traitement prophylactique de facteur VIII a débuté à son arrivée en Suisse en 2013. Le patient présentait déjà des arthropathies hémophiliques en lien avec les hémarthroses récidivantes. Il présente des symptômes cliniques sous forme de douleurs et de limitations dans l'utilisation de six membres, doit donc subir un traitement régulier, ne pouvant mener une vie normale en lien avec ses handicaps. Ce document a été soumis au SMR qui a confirmé que son contenu n'apportait pas de nouveaux éléments susceptibles de faire changer l'avis du SMR du 11 août 2016, qui restait valable. Sur quoi l'OAI a rendu une décision conforme à son projet, tenant compte des arguments développés dans le cadre de la contestation du projet. Le recourant ne prétend pas n'avoir pas eu accès au dossier de l'intimé, lequel comprenait tous les éléments médicaux sur la base desquels, suivant l'avis de son service médical, l'OAI est arrivé à la conclusion que l'intéressé était à même de mettre en valeur une CT entière, sur le marché du travail équilibré, depuis son arrivée sur le territoire suisse. Certes, l'avis du SMR du 11 août 2016, qui reprenait et décrivait l'ensemble des atteintes à la santé retenues, et notamment les conclusions de la Dresse B_____ au sujet de la CT, et qui sur cette base a conclu que, dans une activité adaptée, l'assuré est capable de travailler depuis toujours, n'a pas été repris in extenso dans la décision

entreprise. On comprend toutefois que c'est sur cette base que la décision litigieuse a été rendue, et de ce point de vue, l'assuré ne saurait sérieusement se plaindre de ne pas pouvoir comprendre le sens de la décision attaquée, faute de motivation suffisante. C'est si vrai d'ailleurs que dans son recours, l'intéressé observe que la décision ne contient pour toute motivation que le fait que le recourant pourrait tout à fait mener une activité professionnelle « adaptée », ce qui est bien le sens de l'avis du SMR, bien que la décision entreprise elle-même ne mentionne pas en tant que telle la notion d'activité adaptée. Quoi qu'il en soit, et à teneur de la jurisprudence, la chambre de céans ayant un plein pouvoir de cognition, tant en fait qu'en droit, à supposer que l'on dût retenir une violation du droit d'être entendu, celle-ci a pu être réparée dans le cadre de ce recours. Ce grief doit donc être écarté.

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à une rente et à un reclassement professionnel.

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

A/165/2017 - 18/32 - 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).

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

A/165/2017 - 19/32 - principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la CT invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la CT, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

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 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. A 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. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à

A/165/2017 - 20/32 - 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). b. 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). c. 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 CT (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 CT, 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

A/165/2017 - 21/32 - 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. 11

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 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. 12

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. 13

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).

A/165/2017 - 22/32 -

E. 14

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).

E. 15

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).

A/165/2017 - 23/32 - 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 CT 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 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 CT 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

A/165/2017 - 24/32 - 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 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation 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 LPG, 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 CT 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 CT 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 CT 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

A/165/2017 - 25/32 - 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). 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. 16

Ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la CT dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la CT ne saurait d'emblée être niée. A cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite CT. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de

la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1, SVR 2010 IV n° 9 p. 27 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1, SVR 2011 IV n° 30 p. 86; arrêt du Tribunal fédéral 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2).

E. 17

En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte, dans la décision entreprise, de l'affection grave dont il souffre, et qui selon lui permettrait a priori de retenir une incapacité de travail quasi totale. Il y a dès lors lieu de vérifier si la décision de l'OAI du 1er décembre 2016 est justifiée ou non, par rapport à l'état du dossier de l'intimé au moment où la décision a été rendue. a. En prenant pour base de cet examen, de l'avis médical du SMR du 11 août 2016, on constate que ce service médical s'est prononcé par rapport aux atteintes à la santé mises en évidence dans les documents médicaux produits par l'intéressé et/ou recueillis par l'intimé dans le cadre de l'instruction de la demande, à savoir une

A/165/2017 - 26/32 - hémophilie A sévère, se manifestant par des hémarthroses à répétition au niveau des deux chevilles, des genoux, du coude droit, des poignets, étant précisé que l'intéressé bénéficie d'un traitement par facteur VIII ; des problèmes ophtalmiques et neurologiques se manifestant par une acuité visuelle diminuée. Le SMR retient que la Dresse B_____, médecin adjoint agrégée aux HUG, interrogée par le SMR, a répondu par courrier du 18 juillet 2016. S'agissant de la CT, elle a indiqué qu'elle pouvait être de 100 % dans une activité adaptée. Le SMR a enfin retenu que les limitations fonctionnelles devront être strictement respectées dans le cadre d'une activité adaptée : pas de port de charges lourdes, pas de travail en position debout de façon prolongée, en position accroupie, impliquant de monter ou descendre les escaliers de façon répétitive, ou de monter sur une échelle, ou présentant un risque de traumatisme. Le service médical recommande une activité professionnelle en position assise, relevant que l'intéressé est capable de se déplacer sur les trajets courts et sans danger ; enfin, d'éviter une activité sollicitant des mouvements à répétition de la main gauche. b. A l'appui de son recours, l'intéressé a produit divers documents médicaux, dont certains étaient déjà connus de l'intimé et remontant à fin 2013, soit peu après son arrivée en Suisse, au tout début de sa prise en charge par le service spécialisé des HUG, voire de 2014 ou encore 2016. S'agissant des documents nouveaux, le recourant a produit un courrier du 11 janvier 2017 de la Dresse B_____, laquelle reprend les diagnostics et renseignements anamnestiques déjà connus et pris en compte par le SMR dans son avis du mois d'août 2016. Mais elle conclut que pour les différentes raisons évoquées, une activité professionnelle à 100 % n'est pas envisageable chez ce patient. Elle reprend sommairement les limitations fonctionnelles qui devraient être respectées dans le cadre d'une activité adaptée, relevant que cette dernière devrait également tenir compte de la diminution de l'acuité visuelle, en cours d'évaluation. Le recourant produit également un courrier du même jour de la Dresse B_____ au médecin traitant, soit un rapport de consultation spécialisée d'hémostase, les 4 et 11 janvier 2017, dans le cadre du suivi du patient. Pour l'essentiel, ce rapport n'apporte pas d'éléments nouveaux, et décrit une évolution plutôt satisfaisante ; il ne fait pas état d'une aggravation par rapport à l'état antérieur connu. Il relève notamment l'absence de récurrence d'hémarthroses sévères depuis l'introduction du traitement prophylactique de facteur VIII trois fois par semaine. En plus de ce traitement, le patient est sous prise d'antalgiques (Celebrex 200 mg/j, Dafalgan entre 1 et 3g/j). Pas de physiothérapie ni de sport (natation envisagée mais finalement pas possible). Il était prévu un changement de facteur VIII, et le Kogenate serait remplacé par de l'Adynovi,

pour permettre une injection tous les quatre jours au lieu de trois injections par semaine. Au vu de l'affirmation de la Dresse E_____, dans son courrier du 11 janvier 2017 au mandataire du recourant, indiquant qu'une activité professionnelle à 100 % n'était pas envisageable, la chambre de céans a interpellé ce médecin, par courrier du 24 mai 2017, en l'invitant à indiquer les raisons pour lesquelles son appréciation

A/165/2017 - 27/32 - semblait avoir changé entre juillet 2016 et janvier 2017, en précisant s'il y avait eu aggravation ou non de l'état de santé de son patient pendant cette période, à se prononcer sur la CT de son patient, et sur une éventuelle diminution de rendement ; enfin à faire le point sur les limitations fonctionnelles à retenir, en fonction du type d'activités possibles de l'intéressé. La Dresse E_____ a répondu que la CT était très difficile à estimer chez ce patient qui n'avait jamais travaillé en Suisse, et avec lequel la communication est relativement difficile en raison de la langue. Au niveau strictement médical il n'y a pas eu d'aggravation significative de l'état de santé entre juillet 2016 et janvier 2017. Si une formation professionnelle, puis une activité tout à fait adaptée à son handicap pouvaient lui être proposées, ce patient pourrait peut-être travailler à 100 %. Toutefois en raison de l'atteinte articulaire importante, il faudrait qu'il puisse travailler dans des conditions très particulières, comme précisé dans son courrier du 18 juillet 2016. Même dans ces conditions, la fatigabilité et les douleurs font que souvent, ces patients n'arrivent pas avoir une activité professionnelle à 100 %. Pour plus de clarté elle proposait de considérer que son patient pourrait théoriquement travailler à 100 %. Au vu des réponses apportées par ce médecin aux interrogations de la chambre de céans, cette dernière a procédé à son audition : la Dresse B_____ a notamment déclaré que l'évolution positive du traitement du point de vue de l'hémophilie était malheureusement contrebalancée par une attention soutenue quant au suivi orthopédique notamment, car la détérioration, du genou notamment, laisse envisager la nécessité de poser une prothèse totale du genou. Compte tenu de la durée de vie d'une prothèse (environ quinze ans) et du jeune âge du sujet, les médecins essaient de retarder cette intervention au plus tard possible. Mais théoriquement, il devrait déjà en bénéficier. Ces interventions (prothèses) sont essentiellement destinées à diminuer l'intensité des douleurs, mais cet aspect n'aboutit pas nécessairement à une amélioration de la fonction du genou. En résumé le service des HUG, où elle exerce, rencontre le patient environ quatre fois par année, à un rythme d'environ une fois chaque trois mois, sans compter les suivis infirmiers. Lors de certaines consultations, il est plus question d'aspects sociaux, ou d'établissement de certificats médicaux pour des démarches administratives notamment. Au sujet des difficultés à évaluer la CT chez ce patient, le fait qu'il n'a jamais eu d'activité professionnelle en Suisse est un obstacle à pouvoir évaluer ses compétences ; d'autre part les difficultés linguistiques sont également un obstacle dans la communication avec lui pour pouvoir connaître ses aspirations, ses goûts pour telle ou telle activité ; si une activité lui était trouvée, la barrière linguistique serait aussi une difficulté supplémentaire pour lui trouver une activité durable. Lorsqu'on est en présence de cas diagnostiqués ici (en Suisse) très tôt, il est possible d'assurer un suivi et d'orienter les jeunes patients vers une formation professionnelle susceptible de respecter les contraintes et limitations physiques généralement similaires à celles relevées dans son courrier de juillet 2016 au SMR. Ce qui permet d'atteindre un taux d'activité professionnelle entier pour ces personnes. En revanche, lorsque, comme dans le cas d'espèce, on

A/165/2017 - 28/32 - est en présence d'un patient qui est atteint par des séquelles pour les raisons évoquées précédemment, il est plus difficile d'atteindre ces résultats au niveau de la

CT, notamment en raison du manque de formation des intéressés. Elle a insisté sur les avantages que présente une activité professionnelle pour son patient ; elle souhaiterait vivement que l'on puisse lui trouver une activité adaptée, ce qui serait bénéfique pour ses articulations et son état général, notamment sur le plan moral. C'était également le souhait de l'intéressé. Elle pense également qu'une difficulté réside dans le fait qu'à raison de ses douleurs, sa capacité de concentration serait sans doute affectée. Elle a toutefois persisté à indiquer qu'il n'y avait pas eu d'aggravation de l'état de santé entre juillet 2016 et janvier 2017. Elle a confirmé que si son patient pouvait bénéficier d'une formation professionnelle et qu'on lui trouve un poste de travail adapté, il serait a priori et sur le plan médico-théorique à même de travailler à 100 %. Lorsqu'elle évoque (courrier du 15 juin 2017) la fatigabilité et les douleurs chroniques et aiguës, elle pense clairement aux conséquences sur la diminution du rendement. Dans ces conditions, prendre position pour évaluer ce que serait une diminution de rendement lui était extrêmement difficile, car on est en présence d'un patient qui ne peut guère marcher plus d'une quinzaine de minutes, qui ne peut pas utiliser sa main gauche, qui ne peut pas travailler en position assise prolongée, car au moment où il se relève, il apparaît un phénomène de blocage des articulations. Aussi, au vu de ces constatations, non seulement elle s'interroge sur le type d'activité qui pourrait réunir toutes les conditions auxquelles il est soumis ; et si elle existe, elle pourrait se prononcer sur la question d'une éventuelle diminution de rendement. S'agissant de la perte de l'acuité visuelle évoquée dans son courrier du 11 janvier 2017, elle avait en effet indiqué que son origine n'était pas claire ; et même si elle ne le suit pas pour cet aspect, elle pouvait dire d'une part, que l'on peut vraisemblablement exclure la relation avec l'hémophilie (on avait songé éventuellement aux séquelles d'une petite hémorragie cérébrale à l'époque, mais on a pu l'exclure) ; et aujourd'hui encore, malgré le suivi mis en place à l'hôpital, en neurologie en tout cas, mais sauf erreur également en ophtalmologie, l'origine de cette atteinte n'a pas pu être clairement déterminée. Quant à la prise de position du SMR par rapport à cet aspect (diminution de l'acuité visuelle), l'avis du SMR corrobore les informations qu'elle avait elle-même pu avoir, en ce sens que depuis 2014, origine de la mise en évidence de cette problématique, la situation n'a pas évolué: elle est restée stable, de sorte que sans traitement utile, il n'est nécessaire de suivre l'éventuelle évolution que sur le plan neurologique ou ophtalmologique. S'agissant du détail des limitations fonctionnelles, celles qu'elle a énumérées dans son courrier du 18 juillet 2016 (doc. 12 p. 1 dossier intimé) sont à son sens exhaustives et n'ont pas à être complétées ce jour. Les incidences de la prise en charge médicamenteuse depuis son arrivée en Suisse ont évidemment été positives en ce sens que sans traitement, il n'aurait pas été possible d'envisager une activité professionnelle. Avec le traitement, ses hémorragies ont pu disparaître, ou pratiquement ; mais les séquelles demeurent, d'où les limitations évoquées précédemment.

A/165/2017 - 29/32 - Pour le surplus et pour le détail des déclarations de ce témoin, la chambre de céans se réfère, au ch. 25 ci-dessus en fait. Les documents médicaux produits par le recourant en cours de procédure et après l'audition de la Dresse B_____, par rapport aux affections connues et prises en compte dans la décision entreprise, notamment le certificat médical du Dr H_____, ophtalmologue, n'ont rien apporté de nouveau. Ainsi, la chambre des assurances sociales constate que la décision entreprise n'est pas critiquable par rapport aux affections connues sur le plan somatique, ses conclusions étant fondées sur des avis médicaux concordants du médecin traitant et du service médical de l'OAI. c. Reste à examiner la question des troubles psychiques, évoqués pour la première fois dans le cadre

de la procédure judiciaire. Il convient tout d'abord de relever que le recours n'évoque à aucun moment l'existence de troubles psychiques. Lors de son audition, le 6 novembre 2017, la Dresse B_____ a évoqué - pour la première fois - l'installation, depuis un certain temps sans pouvoir être plus précise, d'un état dépressif dû à l'ensemble de la situation de son patient, lié à l'impossibilité de trouver un travail adapté et les autres aspects induits, ayant nécessité une prise en charge actuellement en cours sur le plan psychiatrique. Elle ignorait le nom du psychiatre traitant. L'épouse du recourant, interpellée à ce sujet, a confirmé que son mari était suivi par la Dresse G_____ depuis le mois d'avril 2017. Sur la question de savoir à quelle époque elle avait remarqué chez son mari un état psychologique qui l'avait conduit à consulter un psychiatre, elle a indiqué que depuis déjà un temps certain son mari, qui doit rester toute la journée à la maison, hormis ses rendez-vous de médecin, se sentait très mal. Elle le sentait très triste. Il y avait environ une année, elle l'avait un jour surpris peu avant qu'il ingurgite massivement des médicaments. Elle avait juste eu le temps de l'empêcher de le faire ; elle avait d'ailleurs jeté tout ce qu'elle trouvait comme médicaments à la maison à ce moment-là. Elle et son mari avaient déjà discuté auparavant de ce sujet et il lui avait dit ne plus pouvoir vivre et supporter de devoir rester sans rien faire à la maison. Elle n'avait pas tout de suite pensé à un psychiatre, mais elle avait essayé, avec une amie (assistant d'ailleurs à l'audience), de convaincre son mari de consulter un psychiatre. Au début, il ne voulait pas en entendre parler. Finalement, au printemps de cette année, elles avaient réussi à le convaincre et c'est dans ce contexte qu'ils avaient consulté la Dresse G_____. Le recourant a produit, après cette audience, un rapport de la psychiatre traitante, sollicité au lendemain de l'audition de la Dresse B_____. La Dresse G_____ énonce, dans son courrier au conseil du recourant du 27 novembre 2017, un certain nombre de plaintes, essentiellement tirées des propres déclarations de son patient, qu'elle fait remonter, sans autre précision, à l'année précédente, et retient les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.1), état

A/165/2017 - 30/32 - de stress post-traumatique (F43.1) et syndrome douloureux somatoforme persistant - ci-après : TSD - (F 45.4). Elle ne justifie toutefois pas ces diagnostics par des constatations objectives. S'agissant en particulier de l'état de stress post-traumatique, elle ne donne aucune indication quant au traumatisme qui serait à l'origine de ce diagnostic, et ne donne pas non plus la moindre précision au sujet de son diagnostic de TSD. Elle confirme toutefois que le suivi existe depuis fin avril 2017. Elle considère que le pronostic est réservé, son patient étant sensible, fragile et vulnérable au stress avec des difficultés de l'adaptation et de résistance. Elle affirme que son patient n'a pas assez de ressources personnelles pour faire face aux barrières et aux problèmes. Selon elle, son état physique et mental ne lui permet pas de chercher un emploi. Il souffre de limitations fonctionnelles et psychologiques significatives, « nécessitant une rente AI à 100 % ». Tant sur le plan formel que par rapport à son contenu, la chambre de céans ne saurait reconnaître une pleine valeur probante à ce rapport, en particulier s'agissant de déterminer si les troubles psychiques évoqués préexistaient à la décision entreprise. La chambre des assurances sociales considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'atteinte à la santé en raison de troubles psychiques, au vu des éléments rappelés ci-dessus, est très vraisemblablement postérieure à la décision entreprise, probablement empreinte, pour partie en tout cas, de considérations réactionnelles à la décision de l'intimé, elle-même précédée du projet de refus de prestations. Il est en tout cas certain que le suivi psychiatrique est postérieur à la décision entreprise, et l'on ne saurait ainsi reprocher à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de ces aspects, dans l'analyse du dossier qui l'a conduit à rendre la décision

entreprise, de sorte que sous cet angle également, le recours n'est pas fondé.

E. 18

Il n'empêche toutefois que si les éléments mis en évidence par la psychiatre traitante, comme indiqué ci-dessus, ne sauraient à ce stade être totalement probants, la chambre des assurances sociales considère qu'ils ne constituent pas moins, et a priori, des indices d'une aggravation plausible de l'état de santé du recourant, postérieure à la décision entreprise. A ce titre, et au vu des principes légaux et jurisprudentiels rappelés précédemment, ils ne sauraient ainsi être pris en considération dans le cadre du présent recours. Toutefois, dans la mesure où le recourant, parallèlement à sa communication du rapport de sa psychiatre traitante, à la chambre de céans, par courrier du 7 décembre 2017, avait saisi l'intimé, par courrier du 4 décembre 2017, d'une demande de «reconsidération de sa décision du 1er décembre 2016 ». Si l'intimé ne pouvait pas, en tant que tel, traiter une telle demande sous cet angle, vu la saisine de la chambre des assurances sociales précisément par rapport à la décision du 1er décembre 2016, l'OAI est néanmoins invité à prendre cette demande en considération, et l'examiner sous l'angle d'une nouvelle demande, fondée sur une possible aggravation de l'état de santé du recourant, postérieure à la décision entreprise. Dans ce contexte, et au vu des éléments qui seront ressortis de

A/165/2017 - 31/32 - l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI est d'ores et déjà invité à examiner les éventuelles mesures professionnelles qui pourraient le cas échéant entrer en ligne de compte.

E. 19

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, l'OAI étant néanmoins invité à suivre aux recommandations ci-dessus.

E. 20

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 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/165/2017 - 32/32 - 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.