

# **GE\_GERICHTE ATAS/631/2016 vom 16. August 2016**

GE Cour de justice, 2016-08-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_631\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_631_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/631/2016 du 16 août 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/631/2016 del 16 agosto 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. 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, dès lors que la décision attaquée, ayant été précédée de l'envoi d'un projet de décision, est fondée sur la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Complété dans le délai imparti, il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

### **E. 2**

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

A/623/2016 - 9/17 - d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

### **E. 3**

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la LAI, il s'agit en l'espèce du droit qui était en vigueur lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, à savoir le droit encore actuellement en vigueur, intégrant les dernières modifications qu'a subies la LAI, en particulier celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008). Au demeurant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). S'agissant des dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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. 4**

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant

A/623/2016 - 10/17 - un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. 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 art. 4 al. 1 LAI).

L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). c. 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). d. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un

A/623/2016 - 11/17 - assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_82/2016 du 9 juin 2016). La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse.

Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment- là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). En l'espèce, bien que cela ne soit pas contesté, il sied d'indiquer que c'est à bon droit que l'intimé a retenu finalement qu'en l'absence d'atteinte à la santé, le recourant aurait travaillé à plein temps, et donc que le statut d'actif doit lui être reconnu.

## **E. 5**

a. Les atteintes à la santé doivent être établies par des documents médicaux probants. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de

A/623/2016 - 12/17 - mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 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, et ils ne sont pas dépourvus de 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une

appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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). c. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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. À cet égard, il convient de

A/623/2016 - 13/17 - 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 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 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). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

## **E. 6**

a. En l'espèce, il est admis par l'intimé que le recourant souffre d'une ostéogénèse imparfaite et d'une ostéoporose générant une totale incapacité de travail et de gain dans son activité habituelle de cuisinier, serveur et/ou aide-soignant. Il y a en revanche divergence d'appréciation quant à l'effet invalidant de ces atteintes à la santé sur la capacité de travail et de gain de l'assuré dans une activité adaptée. Pour l'intimé, le recourant a une pleine capacité de travail dans une activité strictement sédentaire comme le secrétariat. Le recourant le nie, en prétendant n'avoir aucune capacité de travail dans une quelconque activité ou alors, à titre subsidiaire, n'avoir qu'une capacité de travail réduite (dans une activité adaptée qu'il ne définit cependant pas). b. L'intimé fonde son appréciation pour l'essentiel sur les seuls avis des médecins du SMR, qui ont été exprimés par le biais de rapports de synthèse des (quelques) renseignements médicaux figurant au dossier et préconisant une appréciation de la situation médicale du recourant. On ne saurait considérer

que ces avis ont valeur de rapports médicaux satisfaisant aux exigences posées pour qu'une pleine valeur probante puisse leur être reconnue. Ils ne contiennent pas une étude fouillée du cas du recourant, ne réfutent pas les opinions divergentes des médecins du recourant, ne sont guère motivés et n'aboutissent pas à des résultats véritablement convaincants. Ils ont par ailleurs été établis sur la seule base

A/623/2016 - 14/17 - d'informations (incomplètes) versées au dossier, et nullement sur des observations cliniques auxquelles leur(s) auteur(s) aurai(en)t personnellement procédé. Il n'est en outre pas établi que les médecins du SMR s'étant prononcés disposaient des qualifications spécialisées dans la discipline médicale des atteintes à la santé du recourant. Quant à l'appréciation faite en 2011 par un médecin de la SUVA que le recourant avait retrouvé dès le 1er juin 2011 une pleine capacité de travail après le traitement de sa fracture accidentelle de la cheville droite, elle ne saurait démontrer d'une quelconque façon qu'il en irait de même à fin janvier 2016, lorsque l'intimé a rendu la décision attaquée, donc près de cinq ans plus tard, alors que l'atteinte à la santé du recourant est sujette à évolution et que, au surplus, l'intimé lui-même admet qu'il n'est plus apte du tout à exercer son activité habituelle. c. Force est de reconnaître que, de leur côté, les rapports médicaux produits par le recourant – à savoir les rapports établis par son médecin traitant, le Dr D\_\_\_\_\_, et un spécialiste des maladies osseuses, le Dr G\_\_\_\_\_ – ne contiennent pas non plus toutes les précisions utiles et pleinement concordantes sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'empêche qu'ils comportent des indications tendant à nier une pleine capacité de travail, fût-ce dans d'autres activités que celles exercées habituellement (et dont personne ne remet en question qu'il ne pourrait plus les exercer). En effet, le Dr D\_\_\_\_\_ a affirmé en juin 2014 qu'une activité adaptée au handicap du recourant n'était pas possible (« pour l'instant », a-t-il pris soin d'ajouter). Et il a énoncé des limitations restreignant sensiblement l'exercice d'en réalité quasiment toute activité professionnelle à tout le moins à plein temps, puisqu'il a affirmé – de façon non valablement contestée par l'intimé ni par d'autres éléments du dossier – non seulement que le recourant ne pouvait exercer de travaux impliquant uniquement une position assise, une position debout ou principalement en marchant, des mouvements avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, des rotations en position assise et debout, l'utilisation d'une échelle ou d'un échafaudage, mais encore – faut-il ici souligner – qu'il pouvait exercer des activités dans différentes positions durant une à deux heures par jour. De son côté, le Dr G\_\_\_\_\_ n'a certes pas fait de distinction claire entre les activités habituelles du recourant et une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de ce dernier, apparemment comme s'il entrevoyait mal qu'une telle activité adaptée existât. Il a cependant affirmé clairement, en janvier 2015, que le recourant pourrait accomplir des tâches impliquant la marche et le port de charges légères, avec toutefois l'importante précision qu'il ne le pourrait que « sur de courtes périodes » et que « cette capacité de travail ne devrait pas excéder 50 % de son occupation ». Il l'a répété dans son rapport du 8 avril 2016, cette fois-ci en termes de baisse de rendement, aux effets cependant équivalant à une sensible limitation de capacité de travail.

A/623/2016 - 15/17 - d. Ces indications suffisent à convaincre que l'affirmation d'une pleine capacité de travail « dans une activité strictement adaptée » ne peut être retenue, du moins tant que des renseignements médicaux complémentaires, voire une expertise, ne fourniraient pas des éléments médicaux probants à l'appui de cette affirmation. Le SMR et, à sa suite, l'intimé, ne pouvaient simplement retenir une autre appréciation médicale de la situation du recourant que celles émises, convergentes, par le médecin traitant du recourant

ainsi qu'un spécialiste des maladies osseuses des HUG, qui, en tant qu'il a été consulté ès qualités de médecin des HUG, n'a pas qualité de médecin traitant du recourant, quand bien même il a prescrit et administré un traitement à ce dernier. Il appert que le dossier a été insuffisamment instruit. Il incombait à l'intimé pour le moins d'exiger desdits médecins, s'il entendait se distancer de leur avis, des prises de position plus explicites d'un point de vue médical, sur les raisons pour lesquelles le recourant ne pourrait pas exercer à plein temps une activité adaptée qu'il imaginait possible (en particulier dans le domaine du secrétariat), en les invitant à préciser les limitations fonctionnelles qui affecteraient le recourant pour l'accomplissement d'une telle activité. Ou alors, de façon probablement préférable, il leur fallait soumettre le recourant à une expertise administrative. e. L'enjeu n'est pas seulement l'octroi ou le refus d'une rente d'invalidité, entière ou partielle, mais aussi l'octroi ou le refus de mesures de réadaptation professionnelle, qu'en l'occurrence l'intimé a également refusées au recourant pour le motif que, attribuant à ce dernier une pleine capacité de travail dans l'activité à son avis adaptée dans le domaine du secrétariat, il arrive à la conclusion, sur la base d'une comparaison des revenus résultant de statistiques, que son taux d'invalidité est de 10 % seulement, donc inférieur à celui de 20 % qui est requis pour que de telles mesures entrent en considération. Or, on voit mal que l'activité de secrétariat puisse représenter une activité adaptée pour le recourant sans qu'à tout le moins il n'ait pu bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle ciblée sur l'exercice d'une telle activité, dès lors que sa formation commerciale a consisté en de simples cours de commerce et de secrétariat remontant à 1981-1982 (donc à près de trente-cinq ans !), qu'ils n'ont pas abouti à l'obtention d'un certificat de capacité et que le recourant apparaît n'avoir jamais véritablement pratiqué pleinement un métier dans le domaine du secrétariat, sinon il y a plus de vingt ans (cf. pièces de l'OAI n° 17 p. 2, n° 20 p. 1 et n° 43 p. 1). Il faut impérativement éviter, par un manque de réalisme dans l'admission de l'existence d'activités adaptées, de tomber dans un raisonnement tautologique aboutissant à admettre quasiment par définition une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

#### **E. 7**

a. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe

A/623/2016 - 16/17 - inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, cf. aussi ATF 137 V 210 consid. 4.4.1). b. En l'espèce, il n'y a pas lieu que l'instruction du dossier soit complétée par la chambre de céans. Il incombe à l'intimé de le faire.

#### **E. 8**

a. Le présent recours doit être admis partiellement, la décision attaquée être annulée et la cause être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. La

nouvelle décision que l'intimé devra rendre devra reposer sur des faits actualisés. b. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). c. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 500.- lui sera accordée (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimé. Le bénéfice de l'assistance juridique n'implique pas qu'une telle indemnité ne doive pas être allouée ; elle est prise en compte par le service de l'assistance juridique, qui en a automatiquement connaissance au moment où il traite l'état de frais que lui adresse le moment venu l'avocat nommé d'office. \* \* \* \* \*

A/623/2016 - 17/17 - 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.