

## GE\_GERICHTE A/165/2017 vom 28. Juni 2018

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_165\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_165_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/165/2017 du 28 juin 2018

IT: GE\_GERICHTE A/165/2017 del 28 giugno 2018

### Erwägungen

#### E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à PUPLINGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andrea VON FLÜE recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1984, originaire d'Irak, est entré en Suisse le 8 octobre 2013, en qualité de requérant d'asile. Il est marié depuis le 26 mars 2014 avec une ressortissante irakienne, née le \_\_\_\_\_ 1990 et entrée en Suisse 9 février 2008.![endif]>![if> 2. En date du 29 mars 2016, il a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) pour maladie. Il est atteint d'une hémophilie de type A, de degré sévère, connue depuis l'enfance et traitée avant son arrivée en Suisse par des injections de facteur VIII, à la demande.![endif]>![if> 3. Il avait suivi une formation d'infirmier dans son pays d'origine, mais n'a jamais travaillé en Suisse.![endif]>![if> 4. Il a été suivi depuis le mois de novembre 2013, par l'unité d'hémostase des HUG (Dresse B\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégée), ![endif]>![if> 5. Dans un certificat médical du 17 août 2015, reçu le 2 juin 2016 par l'OAI, la Dresse B\_\_\_\_\_ indique que le patient présente une atteinte articulaire importante liée à des hémorragies récidivantes dans des articulations (hémarthroses) entraînant une perte de la musculature au niveau des membres inférieurs et les membres supérieurs. Dans ce contexte il est très important qu'il puisse faire une activité sportive. Toutefois, compte tenu de l'atteinte articulaire sévère, le type d'activité sportive qu'il peut faire est limité et nous lui avons recommandé de faire régulièrement de la natation.![endif]>![if> 6. Dans un rapport du 19 juin 2015 de la Dresse B\_\_\_\_\_ au médecin-conseil de la caisse-maladie de l'intéressé, répondant à un questionnement au sujet de la facturation d'un traitement médicamenteux au Kogenate, auquel était annexé le dernier rapport médical, soit un résumé de séjour aux HUG du 5 janvier 2016, il est rappelé que le patient présente une hémophilie A sévère, avec une arthropathie hémophilique importante, touchant notamment le genou droit mais aussi d'autres articulations. Cette hémophilie nécessite une substitution en facteur VIII de façon prophylactique par du Kogenate, trois fois par semaine. Le nombre d'hémarthroses a très nettement diminué depuis que le patient prend régulièrement ce traitement.![endif]>![if> 7. Par courrier du 28 juin 2016, le service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) a interpellé la Dresse B\_\_\_\_\_, sollicitant un rapport médical détaillé, avec toutes pièces médicales complémentaires utiles, aux fins de déterminer si l'intéressé souffre d'une affection incapacitante, s'il existe une capacité de travail (ci-après : CT) dans une activité adaptée, et dans l'affirmative depuis quand et à quel taux, en précisant également de manière détaillée les limitations fonctionnelles dont il faudrait tenir compte dans une activité adaptée.![endif]>![if> 8. Par courrier du 18 juillet 2016, la Dresse B\_\_\_\_\_ a répondu que ce patient peut travailler dans une activité adaptée dès maintenant.

Le taux d'activité dépendrait du type de travail qui lui serait proposé, mais a priori il pourrait avoir une activité de 100 %. Compte tenu de son arthropathie hémophilique et du risque hémorragique, le patient ne peut pas porter de charges lourdes, ne peut travailler en position debout prolongée, en position accroupie, ne peut pas monter et descendre des escaliers de façon répétée et ne peut pas monter sur une échelle. Il ne doit pas avoir une activité à risque de traumatismes. Il doit donc avoir une activité professionnelle en position assise, mais il est capable de se déplacer sur des trajets limités. Il présente par ailleurs une impotence fonctionnelle au niveau de la main gauche, séquelles d'une importante hémorragie survenue vers l'âge de 7 à 8 ans. Le patient est substitué de façon prophylactique par du facteur VIII. Il est très adhérent à sa prophylaxie, raison pour laquelle les hémarthroses ont très nettement diminué depuis qu'il suit ce traitement (depuis son arrivée en Suisse). Le risque hémorragique est donc en partie diminué par cette substitution en facteur VIII, notamment en ce qui concerne les hémorragies spontanées. Plusieurs rapports et documents médicaux datés depuis 2013 étaient annexés à ce rapport.

9. Le SMR (doctoresse C \_\_\_\_\_) a rendu un avis médical le 11 août 2016 : l'assuré âgé de 32 ans, d'origine irakienne, en Suisse depuis 2013, souffre d'une hémophilie A sévère, se manifestant par des hémarthroses à répétition, au niveau des deux chevilles, des genoux, du coude droit et des poignets. Les problèmes ophtalmologiques et neurologiques se manifestent par une acuité visuelle diminuée. Actuellement il bénéficie d'un traitement par facteur VIII. Selon le médecin traitant, la Dresse B \_\_\_\_\_, qui retient comme diagnostic incapacitant une hémophilie A sévère, la CT peut être de 100 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles doivent être strictement respectées : pas de port de charges lourdes, pas de travail en position debout prolongée, pas de travail en position accroupie, ne pas monter/descendre les escaliers de façon répétitive, ne pas monter sur une échelle, ne pas pratiquer une activité à risque de traumatismes. L'assuré doit pratiquer une activité professionnelle en position assise, mais il est capable de se déplacer sur des trajets courts et sans danger ; éviter une activité sollicitant des mouvements à répétition de la main gauche. Le SMR a conclu que dans une activité adaptée, l'assuré est capable de travailler depuis toujours.

10. Le 23 août 2016, l'OAI a établi une note de statut : avant son arrivée en Suisse l'assuré exerçait la profession d'infirmier en Irak. Au vu de son jeune âge et sans atteinte à la santé, il est tout à fait envisageable de penser que l'assuré aurait travaillé à temps complet. Son statut est donc celui d'une personne active.

11. Le 6 septembre 2016, l'OAI a établi une note de travail selon laquelle, la division de la réadaptation considère qu'il n'y a pas lieu de mettre en place des mesures, car l'assuré présente une atteinte à la santé depuis toujours, et donc déjà avant son arrivée en Suisse. Son atteinte ne l'a pas empêché de suivre une formation d'infirmier dans son pays d'origine.

12. Par courrier du 7 septembre 2016, l'OAI a adressé à l'intéressé un projet de refus de rente d'invalidité et de reclassement professionnel.

13. Par courrier du 10 octobre 2016, représenté par un conseil, l'intéressé a contesté le projet de décision susmentionné, lequel faute de motivation, est incompréhensible. Il produit une attestation médicale du 5 octobre 2016 de son médecin traitant, le docteur D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui indique suivre le patient depuis mars 2016 ; il avait précédemment été suivi par le service d'hémostase des HUG. Il souffre d'une hémophilie A sévère ; un traitement prophylactique de facteur VIII a débuté à son arrivée en Suisse en 2013. Malheureusement il présente déjà de l'arthropathie hémophilique en lien avec des hémarthroses récidivantes. Il a des symptômes cliniques sous forme de douleurs et des limitations dans l'utilisation de ses

membres (coudes et genoux douloureux et limités dans leur amplitude). Il doit donc subir un traitement régulier et ne peut mener une vie normale en lien avec ses handicaps. Sur la base de ce document, l'assuré considère pour le moins étonnant que la demande d'invalidité soit écartée si légèrement. Il ne semble en effet pas pouvoir actuellement exercer une activité lucrative, ne serait-ce que mener une vie normale.!

14. Le SMR (Dresse C\_\_\_\_\_ ) a estimé dans un avis du 30 novembre 2016 que le rapport du 5 octobre 2016 du médecin traitant n'apportait pas de nouveaux éléments susceptibles de faire changer l'avis du SMR du 11 août 2016, qui reste valable.!

15. Par courrier du 1<sup>er</sup> décembre 2016 notifié au conseil de l'intéressé, l'OAI a rendu une décision de refus de rente et de mesures professionnelles, conforme au projet de décision susmentionné.!

16. Par mémoire de son conseil du 16 janvier 2017, l'intéressé a recouru contre cette décision. Il conclut principalement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision, et subsidiairement à ce qu'il soit constaté que le recourant a droit à une rente d'invalidité et de reclassement professionnel, avec suite de dépens.!

Reprenant pour l'essentiel son argumentation précédente, il produit un courrier et un rapport médical de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2017 ainsi que d'autres documents médicaux, de décembre 2013, déjà connus et versés au dossier de l'intimé. En substance, il considère que la décision entreprise est lacunaire sur de nombreux points, les affections, pourtant graves, dont il souffre ne sont même pas évoquées. La décision rendue est 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. La décision doit en conséquence être annulée, violant ses droits élémentaires à obtenir une décision motivée. Elle viole en outre la loi par l'absence de toute prise en compte de l'affection grave dont il souffre, qui permettrait a priori de retenir une incapacité de travail quasi-totale.

17. L'intimé a répondu au recours, par courrier du 14 février 2017, concluant à son rejet.!

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. 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. Le SMR a reconnu à l'assuré une pathologie entraînant des limitations fonctionnelles ; toutefois il existe une pleine CT dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, depuis toujours. Entré en Suisse en 2013, le recourant indiquait avoir une formation d'infirmier, sans jamais avoir exercé cette profession, ni aucune autre. Au demeurant aucune preuve n'a été apportée quant à ladite formation qui ne serait vraisemblablement pas reconnue en Suisse. Il n'aurait ainsi vraisemblablement jamais exercé l'activité d'infirmier pour laquelle il prétend avoir une formation, et qui n'est pas adaptée à l'atteinte qu'il présente depuis la naissance. Dans la mesure où le recourant n'a jamais exercé d'activité et que l'atteinte à la santé existait depuis sa naissance, la CT est entière dans toutes les activités adaptées à ses atteintes. Il n'y a dès lors pas de perte de gain, donc d'invalidité. Rappelant enfin les principes de jurisprudence applicables, l'intimé conteste le défaut ou l'insuffisance de motivation de la décision entreprise. Quant aux pièces produites dans le cadre de la présente procédure de recours, elles ont été soumises pour appréciation au SMR qui a conclu que ces nouveaux documents ne fournissent aucun élément médical permettant de s'écarter des conclusions précédentes : la Dresse B\_\_\_\_\_ reprend les éléments médicaux connus. Elle insiste sur l'absence de nouvelles complications depuis la mise en route d'un traitement

efficace lors de l'arrivée du recourant en Suisse; la baisse de l'acuité visuelle est connue depuis 2014 et ne justifie pas de suivi sur le plan ophtalmologique et neurologique. 18. Par courrier du 10 mars 2017, le conseil du recourant s'étonne de la position de l'intimé, étant précisé que pour la première fois le recourant reçoit une explication quant aux raisons fondant la décision attaquée. Contrairement à ce que soutient l'intimé, la capacité de travailler du recourant est nulle et semble lui permettre de bénéficier d'une rente entière d'invalidité. Il sollicite sa comparution personnelle. 19. La chambre de céans a entendu les parties le 22 mai 2017 : Le recourant assisté de son conseil et accompagné de son épouse et d'une amie, lesquelles pourraient au besoin l'aider à la compréhension des questions et à répondre à celles-ci, étant précisé que l'interprète suggéré par le conseil du recourant n'était pas disponible pour l'audience de ce jour. Il a confirmé qu'il comprenait un peu le français lorsqu'on lui parle lentement. Pointant un rapport du 11 janvier 2017 de la Dresse B\_\_\_\_\_ qui relève que le patient a fait de « très gros progrès en français » même s'il n'a pas encore pris de cours, qu'il comprend relativement bien les discussions et qu'il s'exprimait de mieux en mieux. Sa femme l'accompagnant encore parfois aux consultations pour faciliter les entretiens, la chambre de céans a demandé au recourant s'il avait entrepris des cours de français depuis lors, et sinon pourquoi. Le recourant a répondu : « Pas vraiment. ». Son épouse a précisé qu'à son arrivée, il avait suivi une formation de trois mois en français, mais en raison des médicaments prescrits, il n'avait pas vraiment continué. Elle connaît la Dresse B\_\_\_\_\_, et il est vrai qu'au début elle accompagnait régulièrement son mari aux consultations, mais plus tellement maintenant, car il s'y rend seul, et il comprend et peut parler un peu le français si l'on parle lentement. Elle a précisé que s'il doit se rendre chez le médecin pour une analyse ou une piqûre par exemple, il s'y rend seul ; mais si c'est pour un examen, ou si l'on doit discuter d'un problème, elle l'accompagne. A la question de savoir à quoi il occupe ses journées depuis qu'il est arrivé en Suisse, le recourant a répondu qu'au début, il était souvent à l'hôpital, mais depuis un an, il restait à la maison, car il n'a pas grand-chose à faire. En Irak, après son école obligatoire et le lycée, il avait suivi une école de santé pendant trois ans. Il avait fini le lycée en 2007 ou 2008. Après son école de santé, il avait exercé, mais très peu de temps, comme aide-infirmier. Mais au bout de trois-quatre mois, son chef lui avait indiqué qu'il ne pouvait plus travailler à cause de ses problèmes de santé et on l'avait mis en congé maladie. Il n'avait donc plus travaillé jusqu'à son arrivée en Suisse. Dans ce pays, il n'a jamais travaillé nulle part. Il doit suivre un traitement régulier en raison de ses handicaps : piqûres (de facteur VIII) trois fois par semaine; de plus AINS et antidouleurs, tous les jours. Il prend ces traitements tout à fait régulièrement ; il a confirmé que depuis qu'ils ont été mis en place, il n'avait plus eu d'hémorragies spontanées. Avec les autres médicaments, cela va mieux mais pas complètement, car il a des douleurs au poignet gauche et aux genoux, en particulier au genou droit. La chambre de céans relevant que, selon son médecin généraliste, ces traitements sont nécessaires pour qu'il puisse mener une vie normale, demande au recourant ce qui pour lui serait une « vie normale » ; ce dernier a précisé : « J'ai de la peine à me déplacer, je ne peux pas faire tout ce que j'aimerais : travailler, continuer des études ; mais j'ai également des problèmes psychologiques : par exemple, lorsque je marche dans la rue, comme je ne peux pas me déplacer très bien, j'ai l'impression que les autres se moquent de moi. ». A la question de savoir quelle activité professionnelle il se sentait capable d'exercer, il a déclaré : « Je n'ai aucune difficulté par rapport au fait de devoir travailler. J'aimerais travailler dans n'importe quelle activité, mais en raison de ma santé, je ne le peux pas. J'ai pensé à travailler, mais lorsque "j'en parle à mon cœur", je me dis que

ce n'est pas possible, parce que je ne peux pas travailler plus de dix minutes. Je souhaiterais si possible que l'on puisse m'aider par une formation ou des stages, adaptés à mes possibilités. ». La représentante de l'intimé a relevé que dans l'état actuel du dossier, et se fondant notamment sur les documents médicaux émanant de la Dresse B\_\_\_\_\_ de 2016, l'OAI considère que le recourant dispose d'une pleine CT dans toute activité adaptée à ses limitations physiques. D'autre part, à entendre le recourant aujourd'hui, elle a l'impression qu'il ne présente pas une attitude (recte : aptitude) subjective à une mesure professionnelle quelle qu'elle soit. Sur question de l'intimé, s'agissant de l'existence d'un diplôme professionnel qu'il aurait obtenu en 2008, il a déclaré : « J'ai en effet un document au pays, mais je ne l'ai pas encore demandé. A ce sujet, je précise, par rapport à mes précédentes déclarations, que ce n'est pas en 2007-2008 que j'ai terminé le lycée, mais qu'à cette époque, j'ai terminé mon école de santé. Je prends note d'avoir à solliciter le document attestant de ma formation, avec une traduction, documents qui seront produits au plus vite par mon avocat. ». 20. Par courrier du 24 mai 2017, la chambre de céans a interpellé la Dresse E\_\_\_\_\_ au sujet de divers documents médicaux dont elle était l'auteur, versés à la procédure de 2013 à janvier 2017. Elle était invitée à indiquer les raisons pour lesquelles son appréciation semblait avoir changé entre juillet 2016 et janvier 2017, en précisant au besoin s'il y avait eu aggravation ou non de l'état de santé de son patient pendant cette période, en ayant à l'esprit qu'à plusieurs reprises elle avait indiqué que dès la mise en place du traitement, à fin 2013, l'intéressé n'avait pratiquement plus eu d'hémorragies spontanées. Elle était également invitée à se prononcer sur la CT de son patient, - en principe dans une activité adaptée, dans la mesure où il n'avait pas travaillé avant sa prise en charge par les HUG, respectivement avant son arrivée en Suisse -, 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. 21. Par courrier du 15 juin 2017, la Dresse E\_\_\_\_\_ a répondu à la chambre de céans. 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 propose de considérer que son patient pourrait théoriquement travailler à 100 %. 22. Par courrier du 26 juin 2017, le conseil du recourant a communiqué à la chambre de céans plusieurs documents, parmi lesquels son diplôme d'infirmier, et un rapport médical de l'hôpital des urgences de Dahuk, relevant que l'intéressé a commencé à travailler aux urgences de l'hôpital le 13 juillet 2009, mais qu'en raison d'une affection organique du sang dont il est atteint depuis l'enfance, affectant la main et le genou, il est empêché de travailler normalement ; il avait ainsi été décidé de le dispenser de son affectation au département de chirurgie de l'hôpital pour une période illimitée, dès le 22 octobre 2009. 23. Par courrier du 27 juin 2017, le recourant a soumis à la chambre de céans ses observations au sujet du courrier de la Dresse E\_\_\_\_\_ du 15 juin 2017. Il y voit de nombreuses contradictions. En substance, il retient que selon ce médecin, c'est seulement au bénéfice d'une formation professionnelle, puis dans une activité tout à fait adaptée, et enfin dans des conditions très

particulières que le recourant pourrait être considéré comme apte à travailler, ce médecin indiquant qu'il n'est pas évident que cette activité professionnelle puisse s'exercer à 100 %, mais concluant pourtant que ce patient pourrait théoriquement travailler à 100 %. En conclusion le recourant estime nécessaire de procéder à une expertise complète de sa situation de santé, et propose d'entendre préalablement la Dresse E\_\_\_\_\_.!endif]>![if> 24. De son côté, par courrier du 11 juillet 2017, l'intimé, sur le même sujet, a persisté dans les termes et conclusions de ses précédentes écritures se ralliant aux conclusions d'un avis médical du SMR (Dr F\_\_\_\_\_), du 6 juillet 2017, selon lequel il faut comprendre du courrier de la Dresse E\_\_\_\_\_, que cette dernière confirme une pleine CT médico-théorique, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. !endif]>![if> 25. Le 6 novembre 2017 la chambre de céans a entendu la Dresse E\_\_\_\_\_, qui a déclaré qu'elle suit le recourant depuis le 25 novembre 2013. Ce patient est atteint de problèmes graves de la coagulation, soit une hémophilie A sévère, qui commande que le malade soit vu au moins une fois par année, sauf fréquence plus élevée en cas de complications, ce qui est le cas en l'espèce. Elle a ainsi des contacts plus fréquents avec lui, soit par téléphone, soit à sa consultation. L'anomalie de la coagulation existe depuis la naissance. Ce type d'atteintes à la santé se manifeste par des saignements spontanés dans les articulations, les muscles ou le cerveau, notamment, pour les atteintes les plus importantes ; mais elles peuvent survenir dans tout le corps. Dans le cas d'espèce, la maladie n'a été diagnostiquée qu'à l'âge de 10 ans, à Bagdad, et par la suite, l'intéressé n'a pas bénéficié des traitements adéquats jusqu'à son arrivée à Genève en 2013. Il en résulte donc des séquelles importantes, principalement au niveau des articulations. Elle a confirmé que depuis la mise en place du traitement dès la fin 2013, il n'a plus eu d'hémorragies sévères. Il subsiste néanmoins de petites hémorragies, mais le traitement mis en place, consistant en une prise de médicaments par intraveineuse, - que le patient a appris à s'appliquer lui-même -, d'abord trois fois par semaine, et depuis un certain temps, (grâce à l'amélioration des traitements), seulement deux fois par semaine, lui permet de ne plus être sujet à ces hémorragies massives. Le traitement est très compliqué chez lui car il a des petites veines et il doit parfois s'y reprendre à trois fois pour parvenir à une injection adéquate. Même à l'hôpital, les intervenants ont parfois des difficultés à faire des prélèvements ou des injections sans complications. Les séquelles antérieures à son arrivée à Genève sont telles qu'il est affecté notamment au poignet gauche et au genou droit, ainsi qu'aux coudes ; il souffre encore de lombalgies qui le handicapent à la marche à cause de l'atteinte du genou droit et des chevilles. Il est encore affecté par d'autres atteintes à la santé sans rapport avec l'hémophilie. Ces séquelles se manifestent sous forme de douleurs importantes et de diminutions de la fonction. Les articulations qui ont été sujettes à ces hémorragies sont détruites de façon majeure, en tout cas pour le poignet gauche et le genou droit, ces articulations n'étant plus propres à la fonction. Ceci implique des prélèvements de sang réguliers pour assurer une adaptation constante du traitement pour son optimisation. Depuis cet automne, ils avaient trouvé un meilleur traitement, grâce à l'avancée technologique, de sorte qu'à terme, on pouvait compter sur une diminution des contrôles et des interventions. L'évolution positive du traitement du point de vue hémophilie est 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, d'autant que chez des patients jeunes, une sollicitation de ces articulations est plus importante ; mais malheureusement cet aspect n'aboutit pas nécessairement à une amélioration de la fonction du genou. En résumé et sous réserve de relevés plus précis, 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.

En référence à son courrier du 15 juin 2017 à la chambre de céans, plus particulièrement au sujet des difficultés à évaluer la CT chez ce patient, le fait qu'il n'avait 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 ; en même temps si une activité lui était trouvée, la barrière linguistique serait aussi une difficulté supplémentaire pour lui trouver une activité durable. Il a certes fait des progrès avec les années, mais ceci se remarque surtout par rapport aux sujets courants ; beaucoup plus difficilement lorsque le sujet devient technique. Dans ce contexte, 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 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.

Interrogée au sujet du courrier du 5 octobre 2016 du Dr D\_\_\_\_\_ (généraliste traitant), qui indique que le patient présentait « déjà » des arthropathies hémophiliques en lien avec des hémarthroses récidivantes, affirmation confrontée au fait qu'elle affirme de son côté que ces hémorragies (sévères) avaient cessé depuis qu'il est traité en Suisse, le témoin a indiqué qu'en réalité, le médecin traitant dit en d'autres mots la même chose qu'elle : concrètement,

les hémarthroses récidivantes n'évoquent pas une situation actuelle, mais celle qui a conduit aux séquelles évoquées précédemment. Ceci dit, il faut comprendre que l'arthropathie hémophilique a ceci de particulier que des saignements, même très faibles, à l'intérieur de l'articulation, attaquent le cartilage et provoquent une destruction sous forme d'arthrose, mais de façon beaucoup plus précoce et plus rapide que l'arthrose classique. Le fait que ce phénomène soit apparu dans les circonstances évoquées va conduire inéluctablement à une détérioration, mais le traitement mis en place permet de freiner l'évolution de la maladie arthrosique. S'agissant des recommandations qu'elle avait faites à l'époque, au patient, de pratiquer la natation et que cela n'avait finalement pas été possible, les raisons sont d'une part de nature financière, mais d'autre part de nature mécanique, en raison de l'atteinte du genou. Il est en effet difficile, compte tenu de cette situation, de pouvoir choisir une sorte de nage adaptée, quand bien même la natation paraît être un sport bénéfique grâce à la portance de l'eau. 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. Sur question de la représentante de l'intimé, 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. S'ajoute à tout cela depuis un certain temps l'installation d'un état dépressif dû à l'ensemble de sa situation : l'impossibilité de trouver un travail adapté et les autres aspects induits, ont nécessité une prise en charge actuellement en cours sur le plan psychiatrique. Elle ignore le nom du psychiatre traitant. S'agissant de la formation suivie par le recourant dans son pays d'origine dans les années 2007-2008, ainsi qu'une brève période d'activité d'infirmier en 2009, la représentante de l'intimé lui faisant observer que l'intéressé avait, en dépit d'une absence de traitement, apparemment été capable de suivre cette formation, le témoin a tout d'abord indiqué que des discussions qu'elle avait eues avec son patient, elle retenait qu'il est tout à fait capable intellectuellement de suivre des formations de cette nature. Toutefois, elle se pose des questions quant à la qualité de la formation qu'il a pu recevoir, compte tenu de son état de santé. Il lui avait en effet indiqué qu'à l'époque, il subissait environ une à six hémorragies du genou par mois, ce qui implique évidemment de fréquentes absences, parfois de plusieurs jours à la fois ; ce qui laisse imaginer les conséquences par rapport à la qualité de cette formation. C'était d'ailleurs l'occasion de préciser que l'on ne pouvait parler de façon absolue d'absence de traitement en Irak : on doit plutôt parler d'absence de traitement adéquat. En effet, le recourant a tout

de même été traité à l'époque, mais cela était d'une part sporadique, lorsqu'il était en état grave, lorsqu'il était capable de faire cinq heures de route pour aller se faire soigner, et lorsque les produits étaient à disposition. Sur question du conseil du recourant, par rapport à l'évolution prévisible de l'arthrose, il est difficile d'évaluer de façon précise le rythme de cette évolution et de faire des projections dans le temps. S'agissant du genou droit, l'atteinte est si importante que l'on ne peut guère remarquer, dans le cadre de radiographies, l'évolution de l'arthrose. En revanche, s'agissant des autres articulations, on peut, à un rythme de tous les trois à quatre ans, mesurer l'amplitude des mouvements des diverses articulations pour évaluer l'évolution de la maladie. Lorsqu'elle évoque la pleine CT sur le plan médico-théorique, elle entend que dans une réflexion strictement médicale, son patient aurait toutes les capacités d'exercer une profession à 100 %, à l'instar des cas rencontrés de personnes, même atteintes sévèrement de cette maladie, et traitées à Genève, qui trouvent des solutions adaptées. Néanmoins et dans le cas d'espèce, elle se demande quelle activité concrète lui serait ouverte, compte tenu des limitations évoquées. D'où la nécessité à son avis de tester ses capacités, de façon concrète. Dans ce contexte le patient présente toutes les capacités intellectuelles qui lui permettraient d'exercer une activité professionnelle à plein temps, sous réserve des problèmes touchant notamment sa capacité de concentration due notamment à ses douleurs, ainsi qu'à l'état dépressif, depuis plus récemment. Sur ce dernier point, il lui était difficile de dire depuis quand elle aurait personnellement constaté l'apparition de cet aspect dépressif, car avec la barrière de langue, il est difficile de se faire une idée précise de choses aussi fines. En revanche, son épouse lui en avait parlé depuis quelques mois, sauf erreur depuis le mois d'avril. (l'épouse du recourant a alors confirmé que son mari est suivi par une psychiatre, la Dresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, depuis le mois d'avril 2017). Enfin le témoin a conclu en observant que son patient est très compliant, qu'il est en outre motivé à trouver une activité professionnelle, mais doit pour cela y être aidé compte tenu de son état. Après l'audition du témoin, la chambre de céans a interpellé l'épouse du recourant sur la question de savoir à quelle époque elle avait remarqué chez son mari un état psychologique qui l'a conduit à consulter un psychiatre dès le mois d'avril de cette année. 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 a 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 son amie ici présente, 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 doctoresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. La représentante de l'intimé a considéré, au vu du témoignage de la Dresse B\_\_\_\_\_, que certains aspects mériteraient d'être creusés, notamment par rapport aux spécialistes en orthopédie, en rhumatologie, en ophtalmologie et au besoin en neurologie, voire d'autres spécialistes dont on ignore la spécialité et qui auraient été consultés. Le conseil du recourant a indiqué qu'il allait donc examiner avec son client la question de l'identité des spécialistes consultés et qui le suivent actuellement le cas échéant (y compris le psychiatre), afin de réunir des rapports médicaux substantiels dans ces domaines-là, et a sollicité un délai pour réunir ces documents. Sur quoi

la chambre de céans a impartit au recourant un délai au 22 décembre 2017 pour produire les rapports médicaux des spécialistes évoqués en cours d'audience. 26. Par courrier du 4 décembre 2017, le conseil du recourant a soumis à la chambre de céans un rapport médical que lui a adressé la Dresse G \_\_\_\_\_ le 27 novembre 2017. Sur la base de ce document, il avait parallèlement saisi l'OAI d'une demande de reconsidération de sa décision du 1<sup>er</sup> décembre 2016. 27. La Dresse G \_\_\_\_\_ indique dans son courrier susmentionné au conseil du recourant que l'intéressé bénéficie d'une prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique intégrée avec une incapacité de travail de 100 % depuis le 20 avril 2017, étant précisé que les symptômes anxio-dépressif du patient avaient commencé depuis l'année précédente, et étaient actuellement très prononcés. Il se plaint de troubles de la mémoire, de difficultés de concentration et d'attention, disant être très distrait, et beaucoup oublier. Il présente surtout des troubles de la mémoire antérograde. Il souffre de troubles du sommeil, d'une perte d'équilibre lorsqu'il se lève et se baisse avec de fortes douleurs au genou et au bras et se sentait fatigué, épuisé. Il se plaint de troubles visuels qui perturbent également son équilibre. Il a besoin de s'asseoir, ne pouvant plus rester debout longtemps à cause de ses fortes douleurs ; il ne peut rester assis plus d'une demi-heure et ne peut plus porter de charges ou se déplacer rapidement ou encore de changer la posture du corps rapidement. Il indique qu'il était extraverti en Irak, et depuis qu'il est venu en Suisse, il est progressivement devenu introverti. Il évoque une perte d'intérêt et de plaisir, un retrait social et une thymie triste. Il évoque une perturbation émotionnelle en lien avec ses douleurs persistantes. Il est tellement envahi et absorbé par ses douleurs qu'il a perdu tout l'intérêt qu'il portait aux autres ; plus de libido ; état d'épuisement chronique sans force, sans énergie ; il lui faut de très grands efforts pour se mettre à faire quelque chose ; il a perdu la confiance en lui-même, ne se sent plus à la hauteur, et il est tendu avec des crises d'angoisse. Se plaint d'oppression thoracique, tremblements nocturnes, vertiges, transpiration, faiblesse, appréhensions, tensions internes, muscles contractés, gorge serrée, souffle coupé et fourmillements aux mains, aux pieds et à la poitrine. Il souffre d'un ralentissement psychomoteur. Sentiment d'insuffisance, de découragement, de désespoir et tout lui paraît insurmontable. Perception d'une incapacité à faire face aux responsabilités habituelles de la vie quotidienne. L'humeur est triste avec une blessure narcissique importante. Il est pessimiste pour son avenir avec des ruminations morbides. Perception très négative de sa maladie, de l'hémophilie qui provoque des symptômes d'un syndrome post-traumatique. Se sent comme une charge supplémentaire pour son épouse avec un sentiment de culpabilité, de honte et de dévalorisation. État psychique fortement déstabilisé, il souffre également d'une dépression sévère. La psychiatre traitante retient les diagnostics suivants : épisode dépressif sévère sans syndrome psychotique (F32.1) ; état de stress post-traumatique (F 43.1) ; syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) (ci-après : TSD). Il est sous traitement médicamenteux (Duloxetin 30 et 60 mg, Trittico 100 mg, Pregabalin 75 mg). Le pronostic est réservé. Le patient est sensible, fragile et vulnérable au stress avec des difficultés de l'adaptation et de résistance. Il n'a pas assez de ressources personnelles pour faire face aux barrières et aux problèmes. Son état physique et mental ne lui permet pas de chercher un emploi. Il souffre de limitations fonctionnelles psychologiques significatives. 28. Par courrier du 18 décembre 2017, le conseil du recourant a encore adressé à la chambre de céans divers documents médicaux : - un certificat médical du docteur H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en ophtalmologie-chirurgie du 21 novembre 2017. Il a examiné le patient à plusieurs reprises, la première fois le 29 avril 2014, se plaignant d'une gêne visuelle, surtout du côté gauche. À

l'époque on constatait une vision normale à droite et ne dépassant pas 2/10 e du côté gauche. Malgré tous les examens effectués, il n'avait pas été possible de déterminer l'origine de cette baisse de vision. L'hypothèse la plus vraisemblable était celle d'une amblyopie, mais sans possibilité d'écarter l'existence d'une affection démyélinisante. Lors du dernier examen du 20 novembre 2017, l'acuité visuelle était à 10/10 e à l'œil droit et à 5/10 e du côté gauche. Évidente impression de sécheresse oculaire compensée par des substituts lacrymaux. Tout le reste de l'examen organique (segment antérieur et segment antérieur des deux yeux) est normal ;

copie des rapports du docteur I \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, du 7 février 2014, de la Dresse E \_\_\_\_\_ des 28 novembre 2014 et 7 février 2016, déjà connus de l'intimé (doc. 12 dossier OAI) ;

enfin la copie du courrier de la Dresse G \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2017 (ch. 27 ci-dessus).

29. Par courrier du 16 janvier 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours, après avoir soumis au SMR les nouvelles pièces médicales ainsi que le procès-verbal d'audition de la Dresse E \_\_\_\_\_. En substance, (sur les seuls éléments qui n'étaient pas préalablement connus de l'OAI) selon le Dr F \_\_\_\_\_, la Dresse E \_\_\_\_\_ a confirmé lors de son audition la pleine CT de l'assuré, mais seulement dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. Seuls des facteurs extra-médicaux (absence de formation, besoin d'interprète, pas d'activité adaptée évidente) justifient les difficultés de réinsertion professionnelle. L'ophtalmologue confirme la mauvaise vision de l'œil gauche. Cela ne modifie en rien les conclusions précédentes du SMR, sinon que l'intéressé ne peut pas pratiquer une activité demandant une vision parfaite ou stéréotaxique. Quant à la psychiatre traitante, qui n'est intervenue que très postérieurement à la décision entreprise, elle ne convainc pas ; elle retient les diagnostics d'épisode dépressif sévère, d'état de stress post-traumatique et de TSD, mais sans signaler aucun des signes objectifs nécessaires à ces diagnostics. En ce qui concerne l'épisode dépressif, elle ne relève que les plaintes de l'assuré ; le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne repose sur aucun des symptômes de la CIM 10 (situation de mort imminente, cauchemars, signes d'anxiété majeure permanente...). Enfin les douleurs, en particulier ostéoarticulaires, sont en lien avec des substrats organiques avérés et ne peuvent pas être mises sur le compte d'un TSD. Le SMR considère dès lors que l'on ne peut guère être convaincu par le courrier de la psychiatre traitante s'agissant des atteintes psychiatriques antérieures à la décision entreprise ; il se réfère également à cet égard aux déclarations de la Dresse E \_\_\_\_\_ devant la chambre de céans.

30. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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.

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).

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).!

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. 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 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. Quoiqu'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. 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. 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). 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). 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) 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 LPG. 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 LPG. 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). 10. 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 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). 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). 11. 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 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 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 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). 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). 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). 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). 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).

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). 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 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 LPG) - 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 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). 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). 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 1<sup>er</sup> 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 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 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 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 intime) 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. 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 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. 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 1 er 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 1 er 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 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. 19. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, l'OAI étant néanmoins invité à suivre aux recommandations ci-dessus. 20. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis 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]).![endif]>![if> 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.