

GE_GERICHTE A/3620/2016 vom 27. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3620_2016

FR: GE_GERICHTE A/3620/2016 du 27 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/3620/2016 del 27 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE, 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 ou le recourant), né en 1958, a travaillé pour la ville de B_____ en tant que manœuvre polyvalent (balayeur) dès 1999. Le 19 mars 2011, l'assuré a glissé d'une échelle à son domicile. Cet accident, dont les suites ont été prises en charge par la Suva, assurance-accidents, a entraîné une incapacité de travail totale dès le 21 mars 2011. Les radiographies du genou gauche réalisées le 22 mars 2011 ont révélé une discrète gonarthrose tricompartmentale prédominant au niveau du compartiment fémoro-tibial interne, visible essentiellement sous forme d'une ostéophytose marginale des berges articulaires, ainsi qu'un volumineux épanchement intra-articulaire. Aucune lésion traumatique décelable n'était mise en évidence. L'IRM du genou gauche du 25 mars 2011 a permis de déceler des remaniements dégénératifs tricompartmentaux prédominant nettement au niveau du compartiment fémoro-tibial interne, une chondropathie rotulienne de grade IV, des séquelles de lésion ostéochondrale du plateau tibial interne avec des signes de fragmentation du foyer ostéochondral, un status après entorse du ligament latéral externe sans argument en faveur d'une déchirure significative, un aspect légèrement effiloché du bord libre du ménisque externe et un aspect très légèrement tronqué du bord libre de la portion intermédiaire du ménisque interne compatible avec des fissurations focales, un important épanchement intra-articulaire avec ébauche de kyste poplité et signes de fissuration du kyste poplité, mais pas de franche déchirure méniscale. Le 15 avril 2011, l'employeur de l'assuré a adressé un formulaire de détection précoce à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) concernant l'assuré. Le 6 juin 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI. Dans son rapport du 22 juin 2011, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu le diagnostic d'entorse du genou gauche. L'incapacité de travail de l'assuré avait été totale du 4 au 10 novembre 2010 (sic). Les douleurs au genou gauche l'empêchaient de travailler. Le pronostic était réservé. On ne pouvait s'attendre à une reprise du travail. Le médecin a posé les limitations fonctionnelles suivantes : pas d'activités uniquement debout, exercées principalement en marchant, impossibilité de travailler accroupi, à genoux, de soulever et porter des charges, de monter sur une échelle ou un échafaudage. Dans son rapport d'évaluation du 19 juillet 2011, l'OAI a noté que l'assuré, qui s'exprimait très difficilement en français, souffrait de douleurs au pied, montant au genou, depuis son accident de mars 2011. Avant son accident, une procédure de licenciement avait été initiée car il avait été surpris alcoolisé dans un restaurant pendant ses heures de travail. Il ne voulait plus travailler car il se sentait usé et

fatigué. Interpelé sur la possibilité de suivre des cours de français dans le cadre de la détection précoce, l'assuré ne s'y est pas opposé tout en précisant qu'il ne retravaillerait en aucun cas. Il souhaitait « avoir l'AI et rester tranquille ».

9. Dans son rapport du 3 août 2011 à la Suva, le Dr C_____ a noté une persistance des douleurs à la marche et à la mobilisation. L'incapacité de travail persistait, et un dommage permanent sous forme de douleurs était à craindre.

10. Selon une note de l'OAI relative à un entretien téléphonique du 12 août 2011, le Dr C_____ a indiqué que les dates d'incapacité de travail du 4 au 10 novembre 2010 indiquées dans son rapport de juin 2011 étaient erronées. L'incapacité de travail avait débuté le 19 mars 2011 et perdurait. Dès mars 2011, l'assuré avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, par exemple une activité essentiellement assise.

11. Dans le questionnaire pour l'employeur du 30 août 2011, la ville de B_____ a indiqué que le revenu de l'assuré pour 2011 s'élevait à CHF 88'262.90.

12. Dans son rapport du 2 septembre 2011, le docteur D_____, médecin au Service de médecine de premier recours aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a noté une probable dépendance à l'alcool, une fatigue et un mal-être psychique. Les tests hépatiques étaient chroniquement perturbés et une biopsie était indiquée. En présence d'une importante dépendance à l'alcool et d'un déni, le pronostic était réservé. La surcharge pondérale et la toxicité de l'alcool présentaient un risque hépatique important. Le médecin a retenu à titre de limitations fonctionnelles l'impossibilité de monter sur une échelle et les activités nécessitant un équilibre important, l'utilisation d'outils dangereux ou la conduite. Il y avait lieu de compléter ces éléments avec les constatations du médecin traitant.

13. Des scanners de la hanche gauche et de la colonne lombo-sacrée du 14 octobre 2011 ont révélé un degré modéré de coxarthrose, un minime rétrolisthésis de grade I de L5 sur S1, une légère discopathie protrusive L3-L4 à prédominance postéro-médiane sans franche image de conflit disco-radiculaire, une protrusion discale focale postéro-médiane et paramédiane droite en L4-L5 venant au contact de l'émergence des deux racines L5, une discrète discopathie L5-S1 sans image de conflit disco-radiculaire, et une discrète arthrose inter-facettaire bilatérale étagée.

14. Le 7 novembre 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a considéré que trois mois après l'accident, l'incapacité de travail de l'assuré n'était plus en lien avec cet événement.

15. Le 16 novembre 2011, le Dr C_____ a précisé que l'assuré souffrait de gonalgies consécutives à l'accident et de lombalgies. Il ne suivait pas de traitement concernant l'alcoolisme. Son état de santé était stable et sa capacité de travail nulle dans toute activité depuis mars 2011.

16. L'OAI a confié une expertise au docteur F_____, spécialiste FMH en médecine générale. Dans son rapport du 20 juin 2012, ce médecin a résumé le dossier médical, qu'il a complété par une anamnèse personnelle et professionnelle de l'assuré. Ce dernier se plaignait avant tout de douleurs en région lombaire, présentes depuis plusieurs années, qui le contraignaient à s'arrêter lorsqu'il balayait devant le camion-poubelle. Au deuxième plan, il signalait des douleurs du genou gauche, sans blocage, et des douleurs à la face latérale du mollet gauche. Ces douleurs rendaient la marche en terrain incliné difficile. Il ne pouvait gravir qu'une rampe d'escalier et devait faire une pause tous les 200 mètres. La collaboration durant l'examen était limitée, notamment par des lâchages antalgiques et des incohérences, des protestations multiples, des grimaces et des cris provoqués. À l'issue de son examen clinique, après avoir pris connaissance des documents d'imagerie, le Dr F_____ a retenu le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose tri-compartmentale

gauche, et les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail de lombalgies non spécifiques, obésité de longue date, coxarthrose débutante gauche, consommation d'alcool à risque et périarthrite de la hanche gauche. Il n'y avait pas d'épanchement au moment de l'examen, et la mobilité était modérément réduite. La coxarthrose apparaissait minime, avec préservation des mouvements de rotation. La flexion était limitée de manière superposable des deux côtés. Cette situation n'était pas préoccupante. On notait surtout des dysbalances multiples chez un assuré présentant une obésité sévère, profondément déconditionné, avec notamment des rétractions des ischio-jambiers sévères. Au plan rachidien, on notait un modeste syndrome lomboveertébral, sans signe radiculaire déficitaire. Il n'y avait pas d'argument en faveur d'une polyneuropathie significative des membres inférieurs. En conclusion, devant la gonarthrose gauche indubitable, le travail de balayeur de rue ou de manœuvre polyvalent n'était plus exigible. La capacité de travail ne pouvait être améliorée significativement par des mesures médicales, une chirurgie prothétique paraissant probablement prématurée et délicate à mettre en œuvre compte tenu du contexte. Un tel traitement ne permettrait pas d'améliorer significativement la capacité de travail dans l'activité lourde de manœuvre polyvalent. Compte tenu de l'aggravation progressive des lésions dégénératives, en particulier du genou, il valait mieux proposer une activité adaptée. Une telle activité était exigible depuis le mois de mars 2011, sans perte de rendement et à temps plein.

17. Le 20 mai 2014, l'assuré a consulté des médecins du Service de rhumatologie des HUG en raison de ses lombalgies chroniques et de son arthrite goutteuse. Ces derniers ont diagnostiqué des lombalgies chroniques mécaniques, des gonalgies chroniques à prédominance gauche, une goutte tophacée polyarticulaire et des douleurs des membres inférieurs sur possible neuropathie et trouble de la statique, à investiguer. Les lombalgies l'empêchaient de marcher plus de 50 mètres et de porter une charge de plus de 5-10 kg. Les gonalgies étaient plutôt en amélioration. Les médecins ont formulé plusieurs propositions de traitement.

18. L'IRM de la colonne lombaire du 4 juillet 2014 a révélé une protrusion discale médiane venant au contact de l'émergence récessale de la racine L4 gauche en L3-L4, et une protrusion discale paramédiane droite venant au contact de l'émergence récessale de la racine L5 droite, mais pas de fracture ni d'œdème des articulations sacro-iliaques.

19. Dans son rapport du 15 juillet 2014, la doctoresse G_____, médecin au Service de médecine de premier recours des HUG, a signalé une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Elle a rappelé les diagnostics posés par les médecins du Service de rhumatologie. La dégradation de l'état de santé remontait à six mois, et se manifestait par des troubles de la mémoire, des lombalgies exacerbées par le port de charges, et des difficultés à diminuer les douleurs. La capacité de travail était nulle dans toute activité.

20. Dans leur rapport du 28 octobre 2014, les médecins du Service de chirurgie des HUG ont relevé que les douleurs présentées par l'assuré n'étaient pas totalement typiques d'une coxarthrose. Il lui était conseillé de poursuivre les investigations avec un neurochirurgien.

21. Le docteur H_____, médecin au Service de neurochirurgie des HUG, a diagnostiqué dans son rapport du 12 novembre 2014 des lombalgies chroniques mécaniques, une absence de compression radiculaire lombaire et d'instabilité intervertébrale significative, des gonalgies chroniques à prédominance gauche d'origine multifactorielle, une goutte tophacée polyarticulaire sous traitement et un bilan de polyneuropathie en attente. Il n'y avait pas de geste chirurgical proposé, seul un traitement conservateur était préconisé. Les douleurs de la hanche n'étaient pas liées à une compression radiculaire à gauche.

22. Une radiographie de la hanche gauche du 8 janvier 2015 a mis en évidence un pincement

minime coxo-fémoral supéro-externe avec sclérose et géodes sous-chondrales.![endif]>![if> 23. À la demande de l'OAI, le Dr F_____ a procédé à une nouvelle expertise de l'assuré Dans son rapport du 2 avril 2015, il a résumé son dossier. L'assuré se plaignait de la hanche gauche et de lombalgies, ainsi que d'un manque de force du genou gauche, cependant sans gonalgie. Il se sentait totalement incapable d'envisager une activité professionnelle et disait manquer de force. Les examens de laboratoire indiquaient une valeur de Carbohydate Deficient Transferrin (CDT) à 1.7%, ce qui révélait une consommation chronique de plus de 60 g d'alcool par jour pendant au moins deux semaines. Le Dr F_____ a pris connaissance des examens radiologiques réalisés depuis sa dernière expertise, concluant que les radiographies de la hanche gauche ne montraient pas de changement par rapport à 2011. À l'issue du status, lors duquel la collaboration avait été médiocre et marquée par de nombreuses autolimitations, l'expert a confirmé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrose tri-compartimentale gauche, et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de lombalgies non spécifiques, obésité de longue date, coxarthrose débutante gauche, consommation d'alcool à risque et périarthrite de hanche gauche, auxquels s'ajoutait désormais celui de goutte tophacée. La situation de la hanche ne s'était pas modifiée. Les gonalgies étaient plutôt en amélioration. Quant aux lombalgies, une infiltration facettaire L4-L5 et L5-S1 avait été réalisée fin octobre 2014, ce qui avait permis d'améliorer la symptomatologie avec une disparition des douleurs nocturnes. Sur ce plan, la situation avait pu connaître une détérioration momentanée en fin d'année 2014, avec amélioration depuis lors. La situation de l'assuré était largement comparable à celle de 2011. L'arthrite goutteuse était bien compensée, sans aucun signe d'arthrite. Les tophi goutteux étaient cependant en augmentation en regard des deux olécranes. Il existait une bursite modérée du coude gauche, qui pourrait éventuellement bénéficier d'un geste chirurgical, paraissant facultatif pour l'heure. Les plaintes étaient absolument superposables à celles déclarées en 2011, à savoir des douleurs évasives en région lombaire avec irradiation à la racine de la cuisse gauche. Le genou gauche était sans épanchement, et l'examen de la hanche était identique à celui de 2011. On retrouvait des dysbalances multiples, sans amyotrophie. Le modeste syndrome lombovertébral ne présentait pas de signe radiculaire déficitaire. En l'absence d'argument en faveur d'une atteinte polyneuropathique des membres inférieurs, les troubles de la marche décrits n'avaient pas d'explication. La consommation d'alcool, considérée à risque en 2011, était actuellement niée par l'assuré, malgré la CDT pathologique. Les diagnostics n'avaient ainsi pas changé. La goutte tophacée n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. La preuve d'une aggravation durable de la situation médicale n'était pas apportée. Une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit le port de charges légères et une activité sédentaire permettant l'alternance des positions, était exigible à plein temps sans diminution de rendement depuis le 19 mars 2011. ![endif]>![if> 24. Dans son avis du 4 mai 2015, la doctoresse I_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a indiqué ne pas avoir de raison de s'éloigner des conclusions de l'expertise, qui était convaincante. ![endif]>![if> 25. L'OAI a mis en œuvre un stage d'orientation professionnelle, qui s'est déroulé aux Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 27 juillet au 13 septembre 2015 et s'est poursuivi par un stage d'entraînement comme ouvrier à l'établi du 14 septembre au 25 octobre 2015. Dans leur rapport du 4 décembre 2015, les EPI ont relevé que l'assuré avait montré une bonne capacité manuelle mais un rythme de travail lent durant la première partie du stage. Il utilisait une canne pour se déplacer, si bien que le travail debout dynamique n'était pas possible. Il pouvait travailler assis durant des

demi-journées entières sans alternance de position. Le stage de réentraînement comme ouvrier à l'établi qui avait ensuite été mis en œuvre n'avait pas permis de déterminer si cette activité était adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Son rendement n'était pas entier. Il manquait de tonus, sa gestuelle était lente et il manquait de dextérité dans les travaux fins, bien qu'il n'y ait aucun lien avec son atteinte à la santé. Il travaillait lentement et ne parvenait pas à augmenter le rythme, même sous sollicitation. Son rendement était de l'ordre de 56 %. Il était souvent en recherche d'une position antalgique pour soulager ses douleurs dorsales. Il peinait à maintenir une position de travail à long terme. !endif]>![if> 26. Dans son rapport du 15 décembre 2015, l'OAI a conclu que des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à réduire le dommage ni à favoriser la reprise d'une activité. Compte tenu de la gonarthrose et des limitations fonctionnelles retenues par le SMR, la baisse de rendement observée ne pouvait être reliée à l'état de santé et ne serait pas retenue pour l'évaluation de l'invalidité, déterminée comme suit. Pour le revenu après invalidité, l'OAI s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme (ESS 2010, TA1, niveau 4, soit CHF 4'901.-). Adapté à la durée normale de travail de 41.6 heures et indexé à 2011, le revenu annuel était de CHF 61'733.-. L'OAI a procédé à un abattement de 15% sur ce revenu, ce qui le portait à CHF 52'473.-. Le revenu sans invalidité était fixé à CHF 88'263.-, comme cela ressortait du questionnaire rempli par la ville le 30 août 2011. La différence entre ces deux revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 40.5%. !endif]>![if> 27. Le 9 mai 2016, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel des mesures d'ordre professionnel lui étaient refusées. Depuis mars 2011, sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais entière dans une activité adaptée. Dès le 1 er mars 2012, l'assuré avait droit à un quart de rente, conformément au calcul du degré d'invalidité du 15 décembre 2015, que l'OAI a repris. !endif]>![if> 28. Dans son rapport du 18 juillet 2016, la docteure J_____, médecin au Service de médecine de premier recours des HUG, a signalé dans les antécédents de l'assuré une goutte tophacée polyarticulaire, une douleur de la hanche gauche d'origine mixte et des gonalgies d'origine mixte. Les symptômes actuels étaient des douleurs au niveau lombaire, à la hanche et au genou gauche. Le rachis était diffusément douloureux à la palpation, l'amplitude articulaire des bras était limitée des deux côtés, à l'instar de la mobilité des hanches et des genoux. Il fallait proscrire l'exposition à l'humidité, le travail posté, la flexion, le levage et le port de charges fréquents, la montée d'escaliers, d'échelles ou de plans inclinés, le travail de nuit et les risques de chute. Il y avait une perte d'autonomie. Une aide à domicile avait été mise en place. L'exercice d'un travail adapté n'était pas possible. !endif]>![if> 29. Par décision du 23 septembre 2016, l'OAI a confirmé l'octroi d'un quart de rente à l'assuré dès le 1 er mars 2012 et le refus de mesures professionnelles. !endif]>![if> 30. Par écriture du 24 octobre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a conclu à son annulation et à l'octroi d'une rente entière, et a demandé la mise en œuvre d'une expertise médicale orthopédique et rhumatologique. Le Dr F_____ retenait à tort que ses douleurs lombaires et à la hanche n'étaient pas incapacitantes, alors qu'elles l'empêchaient complètement de travailler. De plus, les EPI faisaient état d'un rendement de 56 %, alors que l'intimé n'avait tenu compte d'aucune perte de rendement. !endif]>![if> Le recourant a joint un rapport du 29 juin 2016 de la Dresse J_____, indiquant qu'il souffrait de douleurs lombaires, à la hanche et au genou. L'évolution des lombalgies chroniques n'était pas favorable. La marche était entravée de manière significative par les douleurs, qui réduisaient la mobilité et l'autonomie. Ce médecin a rappelé les éléments mis en évidence par les examens

radiologiques. Les dernières radiographies de la hanche et du bassin avaient été réalisées en janvier 2015, avec une échographie fonctionnelle de la hanche en mars 2015. Un traitement conservateur par physiothérapie était en cours, et la réévaluation de l'indication à une infiltration était programmée. Le recourant était également connu pour une goutte polyarticulaire tophacée non érosive, et des gonalgies chroniques à prédominance gauche. Au vu de ces éléments, la reprise d'une activité professionnelle dans le poste de travail occupé précédemment n'était à ce jour pas envisageable. Un certificat médical attestant d'une incapacité de travail totale du 29 octobre au 29 novembre 2016, signé par ce médecin, était également annexé au recours. 31. Dans sa réponse du 15 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que le recourant ne démontrait pas en quoi les expertises du Dr F_____ n'étaient pas probantes. Le rapport produit par le recourant indiquait qu'il ne pouvait pas reprendre son ancienne activité, alors que l'invalidité s'appréciait en fonction de la capacité de travail dans toute activité. L'intimé s'est pour le surplus référé à l'avis du 10 novembre 2016 du SMR, qu'il a produit. [endif]>[if> Dans ce document, la doctoresse K_____ a considéré que la Dresse J_____ n'amenait pas d'information nouvelle permettant d'évoquer une aggravation des douleurs lombaires. Les examens qu'elle signalait avaient été pris en compte par le Dr F_____. Aucune aggravation n'était avancée pour l'arthrite goutteuse et les coxalgies. Les expertises du Dr F_____ avaient valeur probante, et il n'y avait pas lieu de s'en écarter. 32. Dans sa réplique du 13 janvier 2017, le recourant a déclaré maintenir son recours. Il a rappelé son parcours en soulignant qu'il aurait bientôt 59 ans et voyait mal dans quel domaine il pourrait travailler. Il était totalement invalide. [endif]>[if> Il a notamment produit les pièces suivantes : a. rapport du 17 septembre 2014 du Dr H_____, médecin au Service de neurochirurgie des HUG, concluant à des lombalgies chroniques sur discopathies protrusives L3-L4 et L4-L5 sans syndrome radiculaire systématisé ni répercussions neurologiques. Au vu de la discordance entre les symptômes et les constatations de l'imagerie lombaire, une prise en charge chirurgicale n'était pas retenue ; [endif]>[if> b. rapport du 10 avril 2015 des médecins du Service de rhumatologie, diagnostiquant une lombosciatalgie gauche chronique non déficitaire, une périarthrite de hanche gauche, un possible névrome du coude gauche, une goutte tophacée polyarticulaire, proposant un traitement par physiothérapie puis éventuellement infiltration ; [endif]>[if> c. rapport du 22 juillet 2016 du professeur L_____, médecin au Service de gastro-entérologie des HUG, suggérant une biopsie hépatique afin de préciser l'existence et l'étendue d'une éventuelle fibrose ; [endif]>[if> d. rapport histologique de biopsie du foie du 9 novembre 2016, diagnostiquant des territoires de fibrose par endroits extensive, d'allure séquellaire et de distribution hétérogène, de stéatose mixte modérée (30 à 40 %) avec contingent significatif de stéatose microvésiculaire sans évidence de stéatohépatite, rares territoires de distension sinusoidale, sidérose hépatocytaire et kuppferienne modérée. [endif]>[if> 33. Par duplique du 6 février 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il s'est référé à l'avis du SMR du 30 janvier 2017, joint à son écriture, dans lequel le docteur M_____, a notamment relevé que le compte-rendu de la biopsie hépatique ne montrait qu'une banale stéatose sans aucune conséquence. Les nouveaux documents ne faisaient que confirmer l'absence de gravité des atteintes lombaires et l'absence de toute atteinte hépatique pouvant être incapacitante. [endif]>[if> 34. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture et de son annexe au recourant le 8 février 2017. [endif]>[if> 35. Sur ce, la cause a été gardée à juger. [endif]>[if> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. 4. L'objet du litige, tel que circonscrit par la décision de l'intimé et les conclusions du recourant, porte sur son degré d'invalidité et sur le droit à la rente qui en découle. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 28 al. 2 LAI). 6. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 7. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3). Pour déterminer le revenu d'invalidé de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).>[if> b. 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. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen

personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 9. En l'espèce, l'intimé a déterminé le degré d'invalidité du recourant en tenant compte d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il s'est fondé à cet égard sur les conclusions du Dr F_____. Il convient dès lors de déterminer si les rapports établis par cet expert correspondent aux réquisits jurisprudentiels exposés ci-dessus. Pour chacune de ses expertises, le Dr F_____ a eu accès au dossier médical du recourant, et a interrogé ce dernier sur son historique médical et personnel ainsi que sur ses plaintes. Il a posé ses diagnostics à l'issue d'un examen clinique fouillé, complété par des analyses de laboratoire, et après avoir pris connaissance des examens radiologiques réalisés. Ses conclusions concernant la capacité de travail et de gain du recourant sont motivées. Force est ainsi d'admettre que les rapports de ce médecin satisfont formellement en tous points aux exigences du Tribunal fédéral, de sorte qu'il convient de leur accorder une pleine valeur probante, s'agissant des répercussions sur l'exercice d'une activité adaptée des atteintes à la santé connues à l'époque de la dernière expertise. On notera d'ailleurs que le Dr C_____ avait également admis la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité adaptée dès mars 2011, selon les informations téléphoniques données à l'intimé en août 2011. Le Dr D_____ n'avait pas non plus exclu l'exercice d'une telle activité en septembre 2011. La Dresse G_____ a certes qualifié la capacité de travail de nulle dans toute activité en juillet 2014. Elle n'a cependant guère motivé cette appréciation. De plus, les lombalgies et les douleurs dont elle a fait état ont été prises en compte par l'expert. Quant aux troubles de la mémoire qu'elle signale, leur existence n'est étayée par aucun élément et n'est corroborée par aucun autre rapport médical. Le recourant lui-même n'allègue pas en souffrir, de sorte que l'évocation de ces troubles par ce médecin ne suffit pas à renverser les conclusions du Dr F_____. En ce qui concerne le Dr H_____, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail du recourant, à l'instar des médecins du Service de rhumatologie des HUG. Les observations cliniques de ces spécialistes sont cependant largement superposables à celles de l'expert et ne sont dès lors pas de nature à mettre en doute ses conclusions. Enfin, si la Dresse J_____ a exclu la reprise d'un emploi adapté dans son rapport du 18 juillet 2016,

elle n'a guère motivé cette évaluation. Elle n'avance de plus aucune atteinte dont le Dr F_____ aurait omis de tenir compte lors de la détermination de la capacité de gain du recourant. L'assuré a fait valoir qu'une atteinte au foie avait été décelée en juillet 2016. Il est vrai que 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 de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (arrêt du Tribunal fédéral 9C_392/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2 et les références). Il y a toutefois lieu de tenir compte de son éventuelle incidence sur la capacité de travail, la survenance de cette nouvelle atteinte étant antérieure à la décision litigieuse. Or, si le médecin du SMR a qualifié les résultats de la biopsie de banals, il n'a fourni aucune explication sur la nature des atteintes révélées et n'a pas motivé cette allégation. En outre, aucun des médecins traitants ne s'est déterminé sur les possibles répercussions de cette atteinte sur la capacité de gain du recourant et sur son rendement. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans peut se rallier aux conclusions du Dr F_____ en tant qu'elles reconnaissent au recourant une capacité de travail entière dans une activité adaptée eu égard aux atteintes aux genoux, au dos, à la hanche, ainsi qu'à la goutte. Elle ne dispose en revanche pas de tous les éléments nécessaires pour statuer sur le droit à la rente du recourant en l'absence de toute information probante quant aux effets de l'atteinte hépatique sur l'exercice d'une activité lucrative. En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Cette condition est réalisée en l'espèce, l'intimé n'ayant pas investigué l'atteinte hépatique. La cause lui sera renvoyée pour qu'il complète l'instruction sur ce point, par exemple en sollicitant un complément de rapport au Dr F_____ sur l'incidence de cette atteinte, avant de rendre une nouvelle décision. Pour le surplus, et compte tenu de l'issue de la procédure, l'examen des griefs du recourant ayant trait à son âge et au calcul du degré d'invalidité de l'intimé s'avère superflu. 10. Le recours est partiellement admis. Le recourant, qui n'est pas représenté, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-. 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.