

GE_GERICHTE A/4037/2015 vom 22. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4037_2015

FR: GE_GERICHTE A/4037/2015 du 22 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/4037/2015 del 22 novembre 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.11.2016
A/4037/2015

A/4037/2015 ATAS/950/2016 du 22.11.2016 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/4037/2015 ATAS/950/2016
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 22 novembre 2016 2 ème
Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par sa fille
B_____ 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 le _____ 1960, marié, père de deux enfants nés le _____ 1992, C_____ et B_____, domicilié à Genève, a fait une formation de mécanicien sur cycles et motos de 1975 à 1979, puis a occupé divers emplois à plein temps comme mécanicien, manutentionnaire, peintre, relieur, plieur, coupeur, encarteur, en dernier lieu chez D_____ SA de 2008 à 2011, avant d'être au chômage et de bénéficier à ce titre d'une mesure d'insertion professionnelle lui ayant permis d'effectuer une formation de cartonniste au sein de l'entreprises E_____, du 18 juin au 18 décembre 2012. Dès le 1 er septembre 2013, il bénéficie de l'aide de l'Hospice général. ![/endif]>![if> 2. L'assuré a consulté un psychiatre dès le 31 décembre 2011, à savoir le docteur F_____, qui, à partir du 9 octobre 2013, a attesté de sa totale incapacité de travail jusqu'au 28 février 2014, puis d'une capacité de travail de 50 % dès le 1 er mars 2014, puis à nouveau d'une totale incapacité de travail dès le 25 août 2014 à la suite de l'échec de ses tentatives de recherches d'emplois. ![/endif]>![if> 3. Par demande du 28 janvier 2015, enregistrée le 2 février 2015, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). Il souffrait d'une importante dépression nerveuse et d'un problème respiratoire. Ses médecins traitants étaient le Dr F_____, psychiatre, et le docteur G_____, pneumologue. ![/endif]>![if> 4. À teneur d'un rapport médical du 6 février 2015 du Dr G_____, l'assuré avait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, ses limitations consistant à ne pouvoir travailler qu'en position assise et sans devoir se déplacer. Il souffrait d'une BCPO sévère depuis novembre 2014. Des mesures médicales ne permettraient pas de réduire ses limitations. ![/endif]>![if> 5. D'après un rapport médical du 16 avril 2015 du Dr F_____, l'assuré avait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et aussi, avec cependant un point d'interrogation, dans une activité adaptée, présentant une fatigabilité extrême et une diminution de rendement. Il s'était déprimé progressivement à la suite de son licenciement à fin 2011 ; il s'était beaucoup investi dans son activité professionnelle comme relieur ; la dévalorisation qu'il avait ressentie, alliée à des préoccupations majeures sur le plan financier, étaient devenues obsédantes et angoissantes ; le stage de formation qu'il avait effectué au chômage l'avait remotivé momentanément, mais il avait ensuite redéprimé. Depuis sa première incapacité totale de travail d'octobre 2013, il avait connu de grandes fluctuations, avec des

périodes plus productives. Deux facteurs amplifiaient sa symptomatologie : sa situation financière et une importante pneumopathie (qui était probablement liée au tabagisme, limitait ses capacités physiques, le déprimait et jouait probablement un rôle important dans l'évaluation de sa capacité de travail). Le constat médical était celui d'une fluctuation importante du moral, avec, dans le registre dépressif, des angoisses massives, des ruminations, du pessimisme, de l'apathie, de la fatigue et de la fatigabilité. Un pronostic relativement positif était imaginable, avec une activité peut-être à mi-temps, pour autant qu'on arrive à trouver un type d'activité correspondant à ses compétences ; son activité habituelle dans la reliure apparaissait ne plus du tout lui convenir en raison du stress, de nuisances sonores et de capacités respiratoires diminuées. Sa diminution de rentabilité et sa fatigue étaient liées à ses deux pathologies qu'étaient la dépression et la pneumopathie. Il fallait encore évaluer si et dans quelle mesure une activité adaptée au handicap était encore possible. !endif]>![if> 6. Le 22 mai 2015, le Dr G_____ a attesté que l'assuré ne pouvait effectuer des travaux nécessitant un effort (marche ou poids). !endif]>![if> 7. D'après une note de travail interne à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), du 25 juin 2015, après discussion avec l'Hospice général, il n'y avait pas de mesure de réadaptation qui puisse apporter une plus-value. Le 2 juillet 2015, l'OAI a adressé à l'assuré une communication aux termes de laquelle des mesures d'intervention précoce et d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées. L'examen d'un droit à une rente d'invalidité se poursuivait, étant précisé qu'un tel droit ne pouvait naître qu'après un délai d'attente d'une année mais au plus tôt six mois après le dépôt de la demande. !endif]>![if> 8. À teneur d'un « rapport final subséquent » du 1^{er} juillet 2015, établi par le docteur H_____ du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), faisant référence aux rapports médicaux précités des Drs G_____ du 6 février 2015 et F_____ du 16 avril 2015, il fallait considérer que la capacité de travail de l'assuré était définitivement nulle pour son ancienne activité de relieur et de 50 % dans une activité adaptée. L'atteinte à la santé au sens de l'AI était une BPCO et un trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen). Les limitations fonctionnelles étaient « Pas d'activité nécessitant des efforts physiques, difficultés de déplacement, activité sédentaire, fatigabilité, diminution de la résistance au stress, pas de milieu empoussiéré ou enfumé ». Le début de la longue maladie et de l'aptitude à la réadaptation était le 22 novembre 2014. !endif]>![if> 9. Le 6 juillet 2015, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré, en retenant un statut d'actif, un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 29'759.- compte tenu d'un salaire annuel de CHF 66'130.- (déterminé d'après l'Enquête Suisse sur la structure des Salaires [ci-après : ESS] 2012, tableau TA1, pour un homme, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive [niveau 4], actualisé à 2014), à 50 % et après abattement d'un 10 % eu égard aux limitations fonctionnelles, et un revenu annuel brut sans invalidité réactualisé de CHF 70'455.-. La perte de gain était de CHF 40'696.- et le degré d'invalidité de 57.76 %. !endif]>![if> 10. Le 4 août 2015, suite à la soumission du dossier « en réadaptation » le 6 juillet 2015, l'OAI a validé un degré d'invalidité de 58 % « pour cet assuré qui a essentiellement exercé dans les types d'activités qui sont à ce jour automatisées et qui ne pourraient pas lui proposer une activité simple type reliure légère ». Des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à réduire le dommage, ne permettraient pas de restituer une capacité de gain durable à l'assuré, compte tenu « des nombreuses limitations fonctionnelles, du parcours professionnel et l'aptitude au placement à taux réduit dans l'économie normale ». !endif]>![if> 11. Le 1^{er} septembre 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision retenant que des mesures professionnelles

n'étaient pas indiquées car elles ne seraient pas de nature à améliorer sa capacité de gain, et que, dès le 1^{er} novembre 2015, il avait droit à une demi-rente d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 58 % compte tenu d'un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 29'759.- et d'un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 70'455.-. L'assuré disposait de trente jours pour faire part de ses objections ou demander des renseignements complémentaires. 12. Le même jour, l'OAI a invité la Caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après : CCGC) à calculer la prestation en espèces qui serait due à l'assuré dès le 1^{er} novembre 2015, mais d'attendre la motivation de la décision avant de lui notifier une décision. 13. Par un courrier du 18 septembre 2015, le Dr G_____ a attesté que l'assuré présentait « une BPCO sévère avec un VEMS à 30 % de la valeur prédite dans le cadre d'un emphysème et d'un tabagisme chronique » (la spirométrie du même jour étant jointe audit courrier). Cette pathologie respiratoire réduisait de façon substantielle la capacité à l'effort de l'assuré, qui était très limité dans ses activités quotidiennes et pour lequel, du point de vue professionnel, il était possible d'envisager un travail de bureau sans déplacement. 14. Dans un courrier daté du 24 septembre 2015 (parvenu à l'OAI le 2 octobre 2015), le Dr F_____ a indiqué que la nécessité pour l'assuré de trouver une activité adaptée de l'ordre de 50 % ne correspondait pas « à la réalité clinique de ce patient, prise dans son ensemble, et qui impliqu(ait) un handicap vraisemblablement plus important ». L'allusion qu'il avait faite le 16 avril 2015 à l'éventualité que l'assuré reprenne une activité à mi-temps dans un poste adapté à ses pathologies avait peut-être été imprudente ; l'adaptation requise d'un emploi aux pathologies considérées devait prévenir le risque que l'assuré n'ait « très rapidement un épuisement physique et psychique, tant ses capacités, sur ces deux plans, (étaient) limitées. » Sur le versant psychologique, il présentait de grandes variations de l'humeur, avec des phases dépressives marquées, des angoisses massives qui « bloqu(ai)ent » sa capacité d'initiative, son rendement et surtout son aptitude à persévérer dans une tâche, ainsi que des troubles connexes habituels au niveau cognitif (difficultés de concentration, de mémoire, de programmation adéquate d'une activité) ; toute démarche devenait pour lui « une montagne » ; il se sentait au départ incapable de l'accomplir. Sur le plan somatique, le Dr G_____ estimait que la pneumopathie sévère réduisait de façon substantielle la capacité à l'effort, sans l'évaluer. La solution envisagée d'une activité de bureau ne tenait pas compte de la totale incompétence de l'assuré à exercer une telle activité. Ce dernier signalait depuis toujours une grande difficulté à faire des tâches administratives de quelque nature que ce fût (elles étaient effectuées par son épouse) ; sa compétence scolaire avait été très laborieuse ; il avait toujours été un manuel, rebuté et angoissé par les activités intellectuelles ; le Dr F_____ avait pu observer chez lui l'état de stress, de désarroi et d'incompétence dans lequel ce genre d'activités le mettait. La solution précitée aboutirait à une impasse. Un stage d'observation serait la meilleure façon d'évaluer cette problématique ; vu la fragilité de l'assuré, tant sur le plan psychologique que physique, un accompagnement – par les soins de l'OAI – serait indispensable pour évaluer ses possibilités réelles et lui apporter un soutien dans les efforts qu'il aurait à faire dans une éventuelle réadaptation au travail. Ce genre de démarches, visant un objectif positif pour l'assuré, produisaient à leur tour en lui énormément de craintes et d'angoisses. 15. Par recommandé du 28 septembre 2015 (parvenu à l'OAI le lendemain), l'assuré s'est opposé au projet de décision de l'OAI. Il contestait le degré d'invalidité retenu par l'OAI ; sa capacité de travail attestée par le Dr F_____ à réitérées reprises depuis sa rechute de sa dépression en août 2014 était nulle. Il avait en outre d'importants problèmes

pulmonaires, certifiés par le Dr G_____ ; la suggestion de ce dernier d'envisager un travail de bureau ne prenait pas en compte ses capacités psychologiques et professionnelles ; il n'avait jamais exercé de profession de bureau, et avait une formation différant en tous points de celle d'un employé de commerce. Le Dr F_____ allait faire parvenir à l'OAI tout prochainement une lettre expliquant son état psychologique et émotionnel l'empêchant même d'exercer un travail de bureau. L'assuré s'étonnait en outre des calculs hypothétiques faits par l'OAI pour déterminer son degré d'invalidité ; il mettait l'OAI au défi de trouver un employeur qui engagerait une personne de 55 ans sans qualification pour un travail de bureau, dépressive, avec une capacité pulmonaire de 30 %, à un taux d'activité de 40 % (d'après sa compréhension du salaire retenu par l'OAI). L'assuré demandait que sa capacité de travail soit réévaluée. Il faisait en outre part des difficultés à comprendre les éléments retenus par l'OAI dans son projet de décision. ![endif]>![if> 16. Par recommandé du 1^{er} octobre 2015, l'OAI a indiqué à l'assuré que le délai de trente jours pour faire part de ses observations sur le projet de décision ne pouvait pas être modifié. Le rapport du Dr G_____ du 18 septembre 2015 ne contenait pas d'éléments nouveaux et confirmait une aptitude au placement de 50 % dans une activité adaptée. ![endif]>![if> 17. Par recommandé du 8 octobre 2015, l'assuré a fait part à l'OAI de son étonnement qu'il n'ait pas même attendu de recevoir le rapport annoncé du Dr F_____ avant de lui répondre. Renseignements pris par téléphone auprès de l'OAI, ce dernier avait reçu le rapport du Dr F_____ le 5 octobre 2015. L'assuré réitérait sa demande que sa capacité de travail soit réévaluée. ![endif]>![if> 18. L'assuré a été hospitalisé au service de médecine interne générale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 10 au 14 octobre 2015 en raison d'une « dyspnée et EF ». Le diagnostic principal posé a été celui de « bronchopneumonie lobaire inférieure D à S pneumonale », et le diagnostic secondaire celui de « décompensation BPCO d'origine infectieuse », avec, comme complications, une élévation des transaminases. ![endif]>![if> 19. D'après un avis médical du SMR du 12 octobre 2015, la doctoresse I_____ a relevé que, dans les deux pièces produites par l'assuré dans le cadre de son audition, d'une part le Dr G_____ indiquait l'existence d'une capacité de travail « pour autant que le poste soit adapté (sédentaire pur) », et d'autre part le Dr F_____ ne niait pas l'existence d'une capacité de travail pour autant que les capacités manuelles et non intellectuelles de l'assuré soient mises à profit et proposait un stage d'observation afin d'évaluer sa capacité de travail. Le SMR concluait en considérant que dans une activité adaptée « l'exigibilité ne dépassera(it) pas de 50 % ». ![endif]>![if> 20. Par courrier du 12 octobre 2015, l'OAI a informé l'assuré que la procédure d'audition étant terminée, la CCGC lui ferait parvenir une décision sujette à recours. ![endif]>![if> 21. Le 22 octobre 2015, la CCGC a adressé à l'assuré la décision de l'OAI de lui octroyer une demi-rente ordinaire d'invalidité de CHF 1'053.- par mois, accompagnée d'une motivation reprenant mot pour mot le projet de décision précité du 1^{er} septembre 2015 et comportant en outre une référence au courrier précité de l'assuré du 28 septembre 2015 et aux deux rapports médicaux produits dans le cadre de la procédure d'audition. Après réexamen du dossier, le SMR attestait qu'il avait une capacité de travail de 50 % dès novembre 2014 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire sédentaire et manuelle ; concernant l'octroi d'un stage d'observation, le service de réadaptation avait déjà examiné son dossier en août 2015, en parvenant à la conclusion que compte tenu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, de son parcours professionnel et de son aptitude au placement à un taux réduit dans l'économie normale, des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à réduire le dommage et ne permettraient pas de restituer une capacité

de gain durable. Les éléments produits ne permettaient pas de modifier la précédente appréciation de l'OAI. La situation médicale, personnelle et professionnelle était examinée régulièrement ; après l'octroi de la rente, des mesures de nouvelle réadaptation, si elles étaient indiquées, étaient mises en œuvre dans le but d'améliorer la capacité de gain.

22. Par courrier du 4 novembre 2015 (accompagné d'une spirométrie du même jour), le Dr G_____ a indiqué à l'OAI que, dans son appréciation de la capacité de travail de l'assuré, il faudrait aussi tenir compte de « son incapacité respiratoire dans le cadre d'une BPCO sévère avec un VEMS à 36 % de la valeur prédite avec une atteinte de la DLCO » ; son invalidité médicale pulmonaire théorique était de 50 % « en tenant compte de son VEMS et de l'atteinte de la DLCO ainsi que le score ATS à 8 ». Le psychiatre de l'assuré pensait qu'il serait difficile à l'assuré d'effectuer une reconversion professionnelle dans un travail de bureau. Il était donc hypothétique qu'il puisse retrouver une capacité de travail de 50 % en tenant compte de ses problèmes respiratoires et psychiatriques.

23. Par acte du 19 novembre 2015, l'assuré – représenté désormais pas sa fille, B_____ – a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision de l'OAI du 22 octobre 2015, en concluant à l'annulation de cette dernière et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision, constatant qu'il disposait d'une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée et réévaluant en conséquence son degré d'invalidité. L'OAI avait violé la maxime d'office en n'instruisant pas sa demande de prestations de l'AI ainsi que l'imposaient les avis émis par ses médecins traitants, dont il résultait que l'OAI ne pouvait avoir tenu compte à la fois de ses problèmes physiques (problèmes pulmonaires sévères) – limitant à eux seuls sa capacité de travail à 50 % – et psychiatriques (dépression, angoisse massive, etc.), faisant encore chuter sa capacité de travail selon lui à environ 30 %. L'OAI n'avait pas suffisamment motivé sa décision, alors que les rapports de ses médecins traitants n'allaient pas dans le sens de sa décision ; le TA1 de l'ESS 2012 était incompréhensible, si bien qu'on ne voyait pas comment l'OAI arrivait à un revenu annuel avec invalidité de CHF 29'759.-, et la décision attaquée n'expliquait pas pourquoi le début de son invalidité remontait à novembre 2014. Son droit d'être entendu avait été violé, dans la mesure où l'OAI s'était précipité, à réception de ses observations du 28 septembre 2015, de lui répondre que ces dernières ne changeaient rien à sa position, sans attendre les documents médicaux annoncés (en particulier le rapport du Dr F_____) ou, à tout le moins, sans véritablement les examiner en dépit de leur mention dans la décision attaquée. L'OAI avait violé le principe de la bonne foi, en agissant de façon contradictoire, dans la mesure où il s'était basé sur les premiers avis de ses médecins traitants, les estimant alors pertinents, sans ensuite tenir compte de leurs rapports subséquents, sans indiquer en quoi ils ne seraient pas pertinents. Il était illusoire que l'assuré puisse réaliser un revenu avec invalidité de CHF 29'759.-. Le cumul de ces violations faisait que la décision attaquée était arbitraire. 24. Par écriture du 14 décembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant au dossier et à la décision attaquée. La capacité de travail retenue se fondait sur les avis des médecins traitants de l'assuré (soit 0 % dans l'activité habituelle et 50 % dans une activité adaptée). Selon l'avis du SMR du 1^{er} juillet 2015, la capacité de travail de l'assuré était limitée essentiellement par le problème pneumologique ; le psychiatre traitant reconnaissait l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée pour autant que les capacités manuelles et non intellectuelles soient mises à profit, de sorte que la capacité de travail dans une activité adaptée ne devait pas dépasser 50 % (selon l'avis du SMR du 12 octobre 2015). Le service de réadaptation avait estimé que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables,

faute d'être de nature à réduire le dommage et de permettre de restituer une capacité de gain durable. Le tableau TA1 de l'ESS retenu offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif étaient adaptées aux limitations de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière ; il n'existait pour l'assuré guère d'obstacles à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. !endif]>![if> 25. Le 11 avril 2016, l'assuré a fait parvenir à la chambre des assurances sociales les résultats de deux examens spirométriques effectués par le Dr G_____ respectivement les 3 février et 6 avril 2016, qui attestaient d'une « diminution de (son) VEMS théoriques en pourcent », qui avait passé de 36 % au 4 novembre 2015 à 19 % au 6 avril 2016. !endif]>![if> 26. Par courrier du 12 mai 2016, l'OAI, se référant à un avis du Dr H_____ du SMR du 9 mai 2016, a fait valoir que ces éléments nouvellement produits confirmaient la capacité de travail de 50 % retenues dans une activité adaptée, en particulier administrative. Selon ledit médecin, il ressortait des documents médicaux produits par l'assuré à l'appui de son recours (soit un rapport médical du 22 mai 2015 et un courrier du 4 novembre 2015 du Dr G_____, un avis de sortie du service de médecine interne des HUG du 14 octobre 2015 et les résultats de spirométrie des 3 février et 6 avril 2016) que seules les activités ne respectant pas les limitations fonctionnelles retenues n'étaient pas possibles, que l'incapacité de travail médico-théorique de l'assuré était bien de 50 % au niveau pulmonaire, autrement dit que sa capacité de travail, sur le plan pulmonaire, était bien de 50 % dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles. Les médecins des HUG n'avaient fait que signaler une surinfection pulmonaire, représentant une complication très fréquente et temporaire des personnes souffrant de BPCO. Les résultats de spirométrie ne montraient pas de dégradation, avec des chiffres de VEMS comparable, voire même améliorés (32 % en février 2016 et 38 % en avril 2016), ce qui confirmait le caractère temporaire de la surinfection. !endif]>![if> 27. Par courrier du 9 juin 2016, que l'assuré transmettra le 11 juin 2016 à la chambre des assurances sociales, le Dr G_____ a expliqué que le SMR avait fait une interprétation erronée des résultats de la spirométrie ; le « degré de sévérité de la BPCO n'(était) pas en relation avec le Teffeneau mais avec la valeur prédite du VEMS, qui a(vait) diminué de 34 % à 19 % ». Il y avait bien péjoration de la BPCO malgré un traitement adéquat. L'incapacité médico-théorique de l'assuré avait diminué de 50 à 30 % ; l'assuré était dyspnéique au moindre effort. Il fallait tenir compte de la péjoration de la BPCO et aussi du problème psychiatrique. Une spirométrie du 9 juin 2016 était jointe à ce courrier. !endif]>![if> 28. Le 11 juillet 2016, se référant à un avis médical du Dr H_____ du SMR du 21 juin 2016, l'OAI a admis que l'atteinte pulmonaire de l'assuré s'était effectivement aggravée, mais a objecté que cela était survenu après qu'il avait rendu la décision attaquée et qu'il n'était pas possible d'en tenir compte. !endif]>![if> 29. Dans des observations du 5 août 2016, l'assuré a relevé que son recours reposait principalement sur une constatation inexacte des faits pertinents par l'OAI, qui n'avait pas pris en compte l'ensemble des faits pertinents pour déterminer son degré d'invalidité, alors qu'il avait produit les derniers rapport des Drs F_____ et G_____, préconisant de retenir une capacité de travail inférieure à 50 % au regard de son handicap tant pulmonaire que psychiatrique, et ce avant la prise de la décision attaquée. Le médecin du SMR, après avoir prétendu, le 9 mai 2016, que les résultats de la spirométrie ne montraient pas de dégradation mais plutôt une amélioration de sa capacité pulmonaire, avait admis, le 21 juin 2016, sur la base des mêmes données, que sa capacité pulmonaire s'était aggravée. Les neuf examens spirométriques effectués depuis le 24 novembre 2014 (à savoir deux à cette date-ci, puis le 2 février 2015, 22 mai 2015, 18 septembre 2015, 4 novembre 2015, 3 février 2016, 6 avril

2016 et 9 juin 2016) montraient une fluctuation plutôt négative de sa capacité pulmonaire, avec des résultats de « VEMS % Théo » de respectivement, 22.6, 26.5, 36.9, 35.7, 28.6, 33.8, 20.3, 19.2 et 19.2. L'assuré persistait dans les termes et conclusions de son recours.

30. Cette écriture a été transmise à l'OAI le 9 août 2016.

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

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Déposé le 19 novembre 2015 contre une décision reçue le 23 octobre 2015, le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir contre cette décision (art.59 LPGA). Sa fille, majeure, a qualité pour le représenter (art. 9 al. 1 et 89A LPA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

2. a. Le recourant fait grief à l'intimé d'avoir violé ses obligations d'instruire suffisamment sa demande de prestations de l'AI, de motiver dûment sa décision et de respecter effectivement son droit d'être entendu. Le grief qu'il invoque par ailleurs à l'encontre de l'intimé d'avoir adopté un comportement contradictoire en attribuant du crédit aux premiers avis de ses médecins traitants mais pas à leurs rapports subséquents se confond avec ceux de violation des principes précités.

Il sied de rappeler brièvement quelques principes régissant la procédure en matière d'assurances sociales, sans préjudice de l'applicabilité, dans cette matière, des garanties constitutionnelles générales de procédure (art. 29 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101), dont le droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. ; Andreas AUER / Giorgio MALINVERNI / Michel HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, 3 ème éd., 2013, vol. I, n. 1317 ss ; Pierre MOOR / Étienne POLTIER, Droit administratif, vol. II, 2011, p. 311 ; Thierry TANQUEREL, manuel de droit administratif, 2011, n. 1526 ss).

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir le faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3 ème éd., 2015, n. 13 ss ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). En matière d'AI, la législation prévoit notamment que les offices AI ont, au nombre de leurs attributions, celle de se prononcer sur le droit des assurés aux prestations de l'AI (art. 57 LAI), dont celle d'évaluer l'invalidité (art. 57 let. f LAI), et qu'il

leur faut s'organiser de manière à remplir leurs tâches avec compétence et efficacité, dans le respect du droit (art. 59 al. 1 LAI), notamment en mettant en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires (art. 59 al. 2 LAI), à leur disposition pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (art. 59 al. 2 bis LAI). À propos de l'instruction des demandes, l'art. 69 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise notamment que les offices AI réunissent les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé des requérants, leur activité, leur capacité de travail et leur aptitude à être réadaptés ; ils peuvent exiger des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, convoquer les assurés à des entretiens. De leur côté, les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 ; 122 V 157 consid. 1d). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 4c). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la LAI, dès lors que la demande de prestations de l'AI est intervenue le 2 février 2015 et que, de façon non contestée, le droit revendiqué à une rente d'invalidité ne peut avoir pris naissance au plus tôt avant l'échéance d'un délai de six mois à compter de cette date (art. 29 al. 1 LAI), le droit applicable est en l'espèce le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Au demeurant, à l'instar d'ailleurs des

révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4^{ème} révision] et 6 octobre 2006 [5^{ème} révision], entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008 –, ladite révision 6a n'a pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). S'agissant des dispositions de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 4. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte

à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). c. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé. c/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ;

9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 5. a. En l'espèce, il appert que les bases médicales sur lesquelles l'intimé a fondé la décision attaquée sont ténues et fragiles, non pas dans le sens qu'il ne serait pas envisageable qu'un office AI se prononce sur le droit d'un assuré à des prestations de l'AI au regard des seuls avis médicaux d'un ou de médecins traitants et d'un SMR, mais eu égard à l'imprécision et aux lacunes desdits avis et en particulier à l'interprétation que le SMR a donnée des avis des deux médecins traitants du recourant. Comme rappelé ci-dessus (consid. 4c/aa), pour que des avis médicaux se voient

reconnaître force probante, il faut qu'ils comportent une étude fouillée des points litigieux importants, se fondent sur des examens complets, prennent en considération les plaintes exprimées, qu'ils aient été établis en pleine connaissance du dossier (y compris d'une anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées. [endif]>![if> b. Dans la présente cause, il apparaît établi et est du moins admis par les deux parties que le recourant n'a plus de capacité de travail dans son activité habituelle (soit celle de relieur, prise dans un sens large incluant les différents métiers que le recourant a pratiqués par le passé dans ce domaine professionnel), et que ses limitations fonctionnelles consistent à ne pouvoir travailler qu'en position assise et sans devoir se déplacer, soit, plus précisément (comme l'a retenu l'intimé, notamment sur la base de l'avis du SMR du 1^{er} juillet 2015) « Pas d'activité nécessitant des efforts physiques, difficultés de déplacement, activité sédentaire, fatigabilité, diminution de la résistance au stress, pas de milieu empoussiéré ou enfumé ». Il y a en revanche litige sur le point de savoir dans quelle mesure le recourant conserve une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée tenant compte desdites limitations, étant précisé d'une part que l'intimé lui en attribue une de 50 % et d'autre part que le recourant admet en posséder une de l'ordre de 20 %. Il semble y avoir en outre divergence, certes mal explicitée par le recourant mais à s'en tenir à l'avis du psychiatre traitant de ce dernier, à propos de l'indication de mesures d'ordre professionnel. c. Les médecins du SMR n'ont pas examiné eux-mêmes le recourant, ainsi qu'il leur est loisible de le faire (art. 49 al. 2 RAI), et il n'apparaît pas que ceux d'entre eux qui se sont exprimés en l'espèce – à savoir les Drs H_____ et I_____ – disposent des compétences spécialisées dans les disciplines médicales ici pertinentes, à savoir la pneumologie et la psychiatrie. Les médecins traitants du recourant sont quant à eux de tels spécialistes. Si leurs avis méritent à ce titre de retenir l'attention – certes avec la prudence dictée par leur qualité de médecins traitants, en raison de la subjectivité à laquelle les expose le lien de confiance qu'il leur faut entretenir avec le recourant (comme avec leurs patients plus généralement), ce qui, toutefois, ne doit pas faire oublier qu'ils connaissent en principe le mieux ces derniers (dont le recourant) –, force est de relever que les avis qu'ils ont émis à propos des points litigieux précités n'autorisent pas, faute d'être suffisamment clairs, complets et convaincants, à tirer de conclusions fiables notamment sur le degré de capacité de travail résiduelle du recourant. Mais ils ont une force suffisante pour dénier aux avis médicaux du SMR une valeur probante quant au fait que la capacité de travail résiduelle du recourant est de 50 % dans une activité adaptée, sans préjudice d'une remise en question, dans une perspective réaliste, de la facilité avec laquelle – à en croire l'intimé – le recourant aurait accès à un emploi adapté à ses problèmes de santé et pourrait effectivement en exercer un. d. D'une façon qui laisse songeur sur la valeur attribuée en l'espèce par l'intimé au véritable respect du droit d'être entendu du recourant (respect s'attachant à la substance bien plus qu'à la forme dudit droit), l'intimé apparaît s'être forgé très rapidement, le 1^{er} juillet 2015, l'opinion que le recourant disposait d'une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée, en interprétant hâtivement le premier avis exprimé quelque peu légèrement par les deux médecins traitants du recourant (celui du 6 février 2015 du Dr G_____ et celui du 16 avril 2015 du Dr F_____), pour ensuite ne plus véritablement remettre cette opinion en question, nonobstant les nuances et compléments apportés par ces derniers à leurs avis respectifs. d/aa. L'avis du SMR du 1^{er} juillet 2015 entend s'appuyer d'une part sur l'avis du pneumologue du 6 février 2015, exprimé manifestement dans la seule perspective somatique dudit spécialiste, retenant que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité

adaptée à ses limitations (alors nullement détaillées mais signalées par la seule nécessité de travailler en position assise et sans devoir se déplacer), et d'autre part sur une absence d'avis du psychiatre, dans son rapport du 16 avril 2015 quant à une capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et la remarque dudit psychiatre quant à une limitation liée essentiellement au problème pneumologique. Or, dans ce rapport du 16 avril 2015, le psychiatre avait estimé – avec une hésitation traduite par un point d'interrogation et la remarque conclusive qu'il fallait encore évaluer si et dans quelle mesure une activité adaptée au handicap était encore possible – que la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée était alors nulle. Il y avait en outre dit que le recourant présentait une symptomatologie psychiatrique (une fatigabilité extrême, un sentiment de dévalorisation, le ressenti obsessionnel et angoissant de préoccupations financières), sans pour autant encore poser un diagnostic. Il avait esquissé un lien entre les pathologies respectivement somatique (une pneumopathie) et psychiatrique du recourant, et il avait émis l'hypothèse, en termes de pronostic, que celui-ci pourrait peut-être exercer une activité lucrative à mi-temps dans un type d'activité correspondant à ses compétences. On ne voit pas en quoi ces avis autorisaient à considérer que le recourant avait une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, ainsi que le SMR l'a alors fait sans l'expliquer, sans faire mention de limitations fonctionnelles précises à respecter, et sans requérir préalablement desdits médecins des précisions sur les interactions entre les deux pathologies considérées, sur les limitations propres à chacune d'elles, sur le point de savoir si et dans quelle mesure une restriction d'origine psychiatrique de la capacité de travail du recourant viendrait le cas échéant s'ajouter à sa part d'incapacité de travail d'origine somatique ou, au contraire, serait absorbée ou couverte par cette dernière. Manifestement, à ce stade, il n'y avait pas d'avis médicaux suffisamment probants permettant de prendre une décision et même d'établir un projet de décision sur la demande de prestations du recourant, en particulier à propos de la mesure de son invalidité. Les faits pertinents doivent être éclaircis avant qu'une décision ne soit rendue, cette tâche ne pouvant être renvoyée à la procédure d'opposition, dans les autres branches des assurances sociales connaissant cette institution (art. 52 LPGA ; ATF 132 V 368), ou, en matière d'AI, à la procédure de préavis prévue par l'art. 57a LAI à la place de la procédure d'opposition. d/bb. Or, l'intimé s'est non seulement résolu à communiquer au recourant son projet de décision reprenant l'avis du SMR sans mener d'investigations suffisantes, mais il s'est ensuite précipité, à réception des objections soulevées par le recourant, pour lui faire savoir, par recommandé du 1^{er} octobre 2015 (avant l'échéance du délai imparti pour faire part d'objections et/ou de questions et avant même d'avoir reçu l'avis annoncé du psychiatre), d'une part que ledit délai ne serait pas prolongé et d'autre part et surtout que l'avis du Dr G_____ du 18 septembre 2015 ne comportait pas d'éléments nouveaux et confirmait une aptitude au placement de 50 % dans une activité adaptée (apparemment sans même avoir encore sollicité à nouveau l'avis du SMR). Puis, dans sa décision, l'intimé a certes fait mention des objections du recourant et des avis des deux médecins traitants de ce dernier, mais on ne saurait considérer qu'il en a véritablement tenu compte, se contentant de les rejeter sans examen attentif. En effet, dans son bref courrier du 18 septembre 2015, le Dr G_____ n'avait certes pas quantifié l'incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée, mais il avait fait mention d'une pathologie respiratoire réduisant de façon substantielle sa capacité à l'effort, avec la précision que le recourant était très limité dans ses activités quotidiennes, et il avait ajouté, de façon lapidaire et imprécise, qu'un travail de bureau sans déplacement était envisageable sur le plan professionnel. L'insuffisance de ce complément devait conduire l'intimé à mener

des investigations complémentaires, sans pouvoir y voir un défaut de collaboration du recourant autorisant à se prononcer en l'état du dossier (art. 43 al. 3 LPGA). Par ailleurs, dans son courrier daté du 24 septembre 2015 (parvenu à l'intimé le 2 octobre 2015), le Dr F_____ avait fait mention des pathologies que le recourant présentait sur le versant psychologique, à savoir de grandes variations de l'humeur, avec des phases dépressives marquées, des angoisses massives qui bloquaient sa capacité d'initiative, son rendement et son aptitude à persévérer dans une tâche, ainsi que des troubles connexes habituels au niveau cognitif (difficultés de concentration, de mémoire, de programmation adéquate d'une activité). Il avait signalé avoir constaté un état de stress et de désarroi, en plus d'une incompetence face à des tâches administratives. Il avait souligné la nécessité de prendre en compte la réalité clinique du recourant « dans son ensemble », et évoqué un « handicap vraisemblablement plus important » qu'une incapacité de travail de 50 %. Ce courrier devait impérativement amener l'intimé à considérer que l'instruction du dossier avait été insuffisante, et à ne pas se contenter d'un avis médical du SMR aussi peu motivé et peu convaincant que celui du 12 octobre 2015 (jour même où l'intimé a écrit au recourant que la procédure d'opposition était terminée). d/cc. Enfin, l'impression d'une décision trop rapidement prise et d'une obstination à ne pas vouloir enquêter et se remettre en question ne se trouve en l'espèce pas dissipée – au contraire – par le fait qu'après avoir contesté, les 9 et 12 mai 2016, une péjoration de l'état de santé somatique du recourant en raison d'une interprétation erronée des résultats d'examen de spirométrie, et être ainsi entrés à ce moment-là en matière sur des pièces médicales nouvellement produites, le SMR et l'intimé ont ensuite argué, les 21 juin et 11 juillet 2016, après avoir dû concéder que ces dernières attestaient effectivement d'une péjoration dudit état de santé du recourant, que lesdites pièces concernaient une période postérieure à la décision attaquée et ne pouvaient être prises en compte. e. Le grief du recourant tiré d'une violation de la maxime d'office est bien fondé. Il n'y a pas lieu de remédier aux carences considérées de l'instruction dans le cadre de la procédure de recours, que ce soit par le biais de l'audition des médecins traitants et de ceux du SMR ou celui d'une expertise. L'instruction doit se faire fondamentalement par et devant l'intimé, au surplus sur des bases actualisées. 6. a. La chambre de céans admettra donc partiellement le recours, annulera la décision attaquée et renverra la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. b. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1 bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoulement, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis phr. 2 in fine LAI). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Annule la décision du 22 octobre 2015 de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève. 4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. 5. Met un émoulement de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève. 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et

moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Sylvie SCHNEWLIN Le président Raphaël MARTIN Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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