

GE_GERICHTE A/506/2022 vom 15. August 2023

GE Cour de justice, 2023-08-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_506_2022

FR: GE_GERICHTE A/506/2022 du 15 août 2023

IT: GE_GERICHTE A/506/2022 del 15 agosto 2023

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA ainsi que 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

E. 4

L'objet du litige porte sur la question du droit ou non du recourant à des prestations de l'AI, plus précisément une rente d'invalidité uniquement, dans la mesure où il a indiqué, en particulier en audience par la voix de son conseil, ne pas solliciter des mesures professionnelles. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

E. 5

Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201; RO 2021 706). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié

juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). En l'occurrence, la décision querellée concerne un premier octroi de rente dont le droit serait né avant le 1 er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 6

!

E. 6.1

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1 er janvier 2021, la version antérieure indiquant "dans son domaine d'activité" plutôt que "qui entre en considération"). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur dès le 1 er janvier 2008). Aux termes de 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. Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

E. 6.2

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 6.3

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il

est invalide à 40% au moins. Aux termes de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. Il s'ensuit que, dans le cas présent, le droit à une rente d'invalidité de l'intéressé ne pourrait pas être ouvert avant le 1^{er} juin 2013, soit une année après le début de son incapacité de travail alléguée et six mois après le dépôt de sa demande de prestations AI.

E. 6.4

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).!

E. 6.4.1

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).!

E. 6.4.2

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.!

Ainsi, en principe, 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les

médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, 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 I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

E. 6.5

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 7

E. 7.1

En l'espèce, le rapport d'expertise du Dr L_____, établi le 30 août 2021 à la suite d'un examen clinique effectué le 2 août précédent, répond, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse lui accorder une pleine valeur probante : cette expertise a été conduite par un médecin praticien en vue d'établir une synthèse des différentes pathologies de l'expertisé, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Cet expert a personnellement examiné le recourant préalablement à l'établissement de son rapport. Il a consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé ses propres constatations. Il a en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu à

toutes les questions posées. Enfin, ses conclusions sont claires et suffisamment motivées.![endif]>![if>

E. 7.2

Il convient néanmoins de relever d'emblée que l'expert apparaît s'être concentré principalement sur les atteintes à la santé et leurs conséquences existant à l'époque de l'établissement de son rapport (en août 2021) et moins sur l'évolution de la situation médicale problématique de l'expertisé durant la relativement longue période litigieuse qui commence le 11 juin 2012.![endif]>![if> À cet égard, étaient considérés comme incapacitants par le SMR, le 1^{er} février 2017, l'angiosarcome de Kaposi (atteinte principale à la santé) et la "gonalgie droite avec méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne", avec pour limitations fonctionnelles : pas de port de charges; pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier; pas de position à genoux, ni accroupi; pas de position statique prolongée; impossibilité de porter des chaussures de sécurité; pas de montées répétées sur des escaliers, échelles et échafaudages; privilégier une activité sédentaire ou semi-sédentaire avec possibilité de changer de position à sa guise. En revanche, toujours selon le SMR, le 27 septembre 2021, l'atteinte principale, incapacitante, consiste en des varices des membres inférieurs, une chondrocalcinose et une atteinte méniscale du genou droit, de même qu'en une « fatigabilité liée au traitement antirétroviral, à une mauvaise utilisation du CPAP », ce de manière globalement conforme au rapport d'expertise (lequel retient une fatigabilité pour le même motif principal sous forme de besoin de sieste les après-midi) ; les limitations fonctionnelles retenues par l'expert sont reprises : "activité principalement assise, pas d'activité accroupie ni agenouillée, pas de montée ni de descente répétée d'escaliers, pas de travail en terrain accidenté, activité sollicitant principalement les membres supérieurs, pause d'environ 2h-3h après la prise du traitement antirétroviral".

E. 7.3

C'est sans référence à un quelconque fondement que l'intéressé a déclaré en audience ne pas se reconnaître dans le contenu de ce rapport d'expertise qui ne correspondrait selon lui pas à ce qu'il est. Ce d'autant moins que le recourant ne conteste pas pratiquer le vélo et apprécier le sport, assurer toutes les tâches des activités quotidiennes (notamment ménagères) sans l'aide d'une tierce personne et s'occuper seul une semaine sur deux de son fils âgé de 11 ans.![endif]>![if> Ni lui-même ni son avocat n'émettent des griefs précis contre ce rapport autres que les griefs qui suivent.

E. 7.3.1

L'expert, s'il a diagnostiqué des séquelles d'écrasement de d'amputation traumatique du membre supérieur (T92.6), soit "status post amputation P3D5 [gauche]", n'a pas tiré des conséquences de cette atteinte au plan de la capacité de travail.![endif]>![if> En audience, le recourant a montré la première phalange du petit doigt (auriculaire) qui avait été amputée en 1996 à la suite d'un accident de vélo. D'après ses explications, cette amputation a un effet très douloureux en cas de changement de temps (lorsqu'il fait froid ou chaud) ou lorsqu'il se cogne (car il n'y a rien au bout de cet auriculaire), et elle le gêne, en tant que droitier, pour porter des charges avec sa main gauche (parce qu'il ne peut rien porter sur la partie de la main qui est à la hauteur de l'auriculaire). L'absence de mention de limitations fonctionnelles comme conséquences de cette atteinte dans le rapport d'expertise prête certes à la critique, dans la mesure où on voit mal comment elle ne pourrait pas gêner, même

d'une manière limitée, l'assuré en cas de port de charges d'un certain poids avec nécessité d'utiliser l'entier de la main gauche ou en cas de travaux de précision nécessitant l'utilisation de tous les doigts des deux mains. Néanmoins, dans les circonstances particulières du présent cas, cette omission de mention de limitations fonctionnelles sur ce point n'est en tant que telle pas suffisamment importante pour remettre en cause l'ensemble de la valeur probante de l'expertise et des conclusions de l'expert, ce d'autant moins que le dossier ne contient aucun rapport médical faisant état d'éventuelles conséquences incapacitantes de cette amputation. Il pourra en tout état de cause être tenu compte des conséquences de cette amputation sous forme de limitations fonctionnelles.

E. 7.3.2

L'absence de mention de l'aspect psychiatrique dans le chapitre « synthèse du dossier » au début du rapport d'expertise et d'analyse approfondie de cet aspect dans le reste du rapport d'expertise peut s'expliquer, à tout le moins, en partie, par le fait que des rapports médicaux portant sur les problèmes psychiques de l'intéressé ne paraissent avoir été présentés par celui que le 17 mai 2023, au stade de la procédure de recours et sur demande expresse de la chambre de céans. Au demeurant, l'expert a traité la problématique psychiatrique dans son expertise, puisqu'il expose : « Aucune constatation psychique n'est relevée durant l'expertise; notamment l'expertisé demeure euthymique, sans idées délirantes, sans trouble du cours de la pensée et sans hallucination ».[endif]>![if> Quoi qu'il en soit, les rapports du département de psychiatrie (service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise) des HUG de 2009, 2017 et 2020 ainsi que le rapport d'évaluation psychologique établi par une psychologue le 5 octobre 2021 ne posent pas de diagnostics au plan psychiatrique concernant la période en cause (qui commence en juin 2012). Il ne se prononcent pas non plus clairement sur des questions de capacité de travail, limitations fonctionnelles et/ou rendement, ni ne contiennent des constatations ou appréciations susceptibles d'avoir des effets incapacitantes et invalidants particuliers. En effet, les diagnostics les plus graves qui y sont énoncés sont, en 2017, la présence d'une thymie triste associée à des troubles du sommeil et, en 2020, un épisode dépressif léger avec détresse anxieuse. Or, selon la jurisprudence, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1). En outre, le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références). En l'occurrence, on ne se trouve dans aucune des situations mentionnées par cette jurisprudence comme pouvant rendre nécessaire une procédure de preuve structurée. En particulier, il ressort des rapports du département de psychiatrie (service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise) des HUG ainsi que du rapport d'évaluation psychologique

précités que les troubles psychiques de l'assuré n'ont à aucun moment été durables. Au surplus, le rapport d'évaluation psychologique susmentionné ne confirme pas les plaintes du patient relatives à « une importante thymie triste » avec la présence d'idées suicidaires scénarisées qui y sont mentionnées. Au demeurant, les souffrances psychiques dont font état ces rapports apparaissent être en très grande partie liées à des difficultés psychosociales qui apparaissent jouer un rôle de premier plan, comme cela ressort desdits rapports tels que résumés dans l'état de fait du présent arrêt de même que de certains rapports de la Dresse I_____, médecin généraliste traitante. Or, en ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). Les griefs du recourant afférents à l'absence de prise en compte de l'aspect psychiatrique dans le rapport d'expertise tombent dès lors à faux. Il est précisé que la composante psychique et la surcharge mentale présentées par le VIH (potentiellement mortel sans traitement) mentionnées le 6 avril 2022 par la médecin généraliste traitante ne sauraient en tant que telles être une cause d'incapacité de travail mais apparaissent incluses dans l'ensemble du tableau médical. Pour le reste, la question des idées suicidaires causées par le précédent traitement antirétroviral sera prise en compte plus bas sous l'angle de l'évolution de l'état de santé et des effets de ce dernier.

E. 7.3.3

Concernant le grief d'absence de prise en considération par le rapport d'expertise des limitations induites par les problèmes dermatologiques sous la forme de plaies de sarcome de Kaposi, il convient tout d'abord de relever que l'expert retient cette atteinte au titre de diagnostic, mais sans caractère incapacitant, et ce de la manière suivante : sarcome de Kaposi de la peau (C46.0), l'examen montrant des lésions hyperkératosiques avec croûtes de sang sur le coude droit, le mollet droit, le creux poplité et le mollet et face antérieure du membre inférieur gauche, ainsi que de multiples cicatrices d'ablation de lésion de Kaposi dont une en regard du bord interne supérieur de la rotule droite . Au surplus, sous le point « affection actuelle et évolution » sous « entretien approfondi sur les thèmes suivants », l'expert relate : « [L'expertisé] présente un syndrome de Kaposi sur l'hémicorps droit, récidivant (notamment au niveau du coude et du mollet droit) malgré des traitements successifs ».[endif]>[if] Le fait que l'expert ne retienne pas d'effet incapacitants du sarcome de Kaposi s'explique selon toute vraisemblance en grande partie par le fait qu'au moment de l'établissement de l'expertise en août 2021, cette affection, qui avait fait l'objet

de plusieurs traitements, se trouvait à l'arrière-plan par rapport aux pathologies reconnues comme incapacitantes par l'expert, alors qu'elle était au premier plan entre 2012 et 2014 à tout le moins comme cela ressort notamment des rapports établis durant cette période ainsi que d'une réponse du 12 mai 2023 du Dr P_____ d'après lequel, « selon l'examen des rapports dermatologique de l'époque (2012, 2013), le patient dans cadre du sarcome de Kaposi a présenté un syndrome de Kaposi avec une poussée lymphœdémateuse du membre inférieur droit qui peut entraîner des limitations fonctionnelles tout comme la composante de lymphœdème chronique séquellaire selon son degré ». Toutefois, il ne ressort pas du dossier que les gênes causées par ledit syndrome de Kaposi auraient entièrement cessé. En outre, l'expert n'explique pas précisément pour quels motifs les lésions hyperkératosiques avec croûtes de sang constatées ne causeraient pas des limitations fonctionnelles. Or, à teneur des déclarations du recourant en audience, le sarcome de Kaposi est très gênant car il attaque la peau sur toutes les parties des jambes, et cela le gênerait pour un emploi : en effet, ce trouble occasionne des douleurs et des brûlures, et il est pénible de mettre des chaussures car il n'a plus d'ongles mais des mycoses qui sont brûlées au laser. De telles gênes sont confirmées par le rapport du 12 mai 2023 du Dr P_____ selon lequel les plaies liées au syndrome de Kaposi sont « responsables d'une sensation de brûlure et de prurigo avec un effet uniquement temporaire des séances de photothérapie et des emballements par dermocorticoïdes proposés par les dermatologues ». Il faut en conclure ce qui suit : entre 2012 et 2014 à tout le moins, le sarcome de Kaposi a été la cause d'importantes douleurs et de difficultés lors de la marche ou de la station debout prolongée, comme cela ressort notamment du rapport de la Dresse I_____ du 29 mars 2017, étant précisé que l'expert a admis lui aussi cette limitation fonctionnelle en préconisant une « activité adaptée principalement assis », ni accroupie, ni agenouillée, et sollicitant principalement les membres supérieurs, en raison non du sarcome de Kaposi mais des varices des membres inférieurs ainsi que de la chondrocalcinose et de la lésion interne du genou droit ; en parallèle, pendant ladite période (de 2012 à 2014 à tout le moins) et encore actuellement, l'intéressé présente, en raison du sarcome de Kaposi, une limitation fonctionnelle consistant en l'impossibilité de porter des chaussures de sécurité (mentionnée le 1^{er} février 2017 par le SMR), ce à quoi s'ajoutent des sensations de brûlures et de prurigo. L'impossibilité de porter des chaussures de sécurité et la gêne en raison de sensations de brûlures et de prurigo, doivent donc être ajoutées aux limitations fonctionnelles reconnues par l'expert et (le 27 septembre 2021) par le SMR, sans que cela ne remette en cause la valeur probante de l'entier du rapport d'expertise.

E. 7.3.4

Enfin, se pose la question de savoir si, comme soutenu par le conseil de l'assuré lors de l'audience, le rapport d'expertise n'aurait pas tenu suffisamment compte de la « grande » fatigue de celui-ci due à ses problèmes cumulés et le cas échéant susceptible de réduire son rendement. Selon l'intéressé en audience, sa fatigue est due à l'ensemble de ses problèmes, pas seulement au médicament Genvoya : il y a l'hépatite C, le syndrome de Kaposi, et il a « eu le zona aussi ». L'hépatite C (traitée en 2018) est guérie, mais il doit contrôler sa consommation d'alcool car elle attaque le foie ; « l'arrêt de la consommation d'alcool [est] la partie la plus compliquée car [il est] "addict" ». Or l'expert a considéré comme plausible comme "trouble fonctionnel" l'état de fatigue, rapporté anamnestiquement par l'expertisé mais non constaté lors de l'examen clinique, mais il a estimé que cet état pouvait être amélioré, en vue d'une amélioration de la capacité de travail, sous différents angles : amélioration du contenu de l'alimentation, notamment par le sevrage alcoolique;

utilisation plus régulière de la CPAP pour l'obtention d'un sommeil réparateur; perte de poids pour diminuer la fatigue mécanique ; "discussion avec l'infectiologue du déplacement du traitement antirétroviral le soir en raison de l'asthénie induite si possible", cette dernière mesure étant selon l'expert de nature à permettre le recouvrement d'une pleine capacité de travail avec rendement total. Le SMR, dans son rapport du 27 septembre 2021, suit globalement cette appréciation à l'exception de la possibilité éventuelle d'un déplacement du traitement antirétroviral le soir. Il sied ici de rappeler qu'en vertu de l'art. 7 al. 2 in fine LPGA, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Concernant la recommandation de l'expert relative à la perte de poids, l'assuré cherche, d'après ses explications en audience, à réduire son poids avec une amélioration lente et progressive, notamment avec l'aide d'une diététicienne des HUG. Son utilisation insuffisante par le passé de la CPAP s'explique en partie par ses difficultés psychosociales liées entre autres à l'absence de logement fixe. Il découle en outre des réponses du 26 mai 2023 du Dr P_____ qu'un déplacement de l'heure de prise de l'antirétroviral du repas de midi à celui du soir serait source de nombreuses complications sans qu'il soit certain que cela se révèle concrètement possible. En effet, le Genvoya doit impérativement être pris avec un repas consistant (riche en lipides), et il n'est pas établi qu'un tel repas riche soit concrètement possible ou souhaitable le soir, notamment sous l'angle diététique et de l'équilibre de vie de l'intéressé. Un déplacement de prise du Genvoya du repas de midi vers celui du soir n'apparaît donc pas exigible, de sorte que l'expert ne peut pas être suivi lorsqu'il soutient qu'une telle mesure serait de nature à permettre le recouvrement d'une pleine capacité de travail avec rendement total. Ainsi, s'agissant de la fatigabilité, un manquement doit être reproché au recourant uniquement concernant la continuation de sa consommation excessive d'alcool, l'intéressé n'ayant pas montré accomplir suffisamment d'efforts pour s'en extraire, se contentant de dire que c'était l'effort le plus difficile pour lui car il serait « addict ». Dans ces circonstances, une certaine fatigue (ou asthénie) non réductible par des traitements ou mesures exigibles doit être considérée comme établie. La part de fatigue due non à la prise du Genvoya mais, indépendamment du besoin de sieste les après-midi, au cumul des pathologies et traitements, dans un contexte de VIH et d'hépatite C ayant été traités avec succès, ne saurait, contrairement à ce que considère l'expert, être entièrement exclue grâce à une amélioration en matière d'alimentation, à un sevrage alcoolique et à l'utilisation plus régulière de la CPAP pour l'obtention d'un sommeil réparateur. C'est surtout à cause de la « grande » fatigue qui serait due à ses problèmes cumulés que l'intéressé fait valoir, en plus de l'incapacité de travail de 25% admise par l'expert, une baisse de rendement. Compte tenu de l'ensemble des circonstances particulières, une diminution de rendement pour cause uniquement de fatigue doit être admise à hauteur de 5%. Une baisse de rendement supérieure à ce 5% est exclue ; en effet, la réduction du temps de travail occasionnée par le besoin de sieste chaque après-midi à la suite de la prise du Genvoya réduit déjà les conséquences de la fatigue ; en outre, ladite fatigue aurait pu et pourrait être diminuée de manière exigible par l'arrêt de la consommation excessive d'alcool et en partie par des solutions pour utiliser la CPAP ; enfin, cette fatigue apparaît limitée dans ses effets et n'empêche pas l'intéressé de pratiquer le vélo et apprécier le sport, assurer seul toutes les tâches des activités quotidiennes (notamment ménagères) et s'occuper seul une semaine sur deux de son fils. Quant à la fatigue causée par la prise de Genvoya, elle se concrétise essentiellement dans le besoin impérieux pour le recourant de faire une sieste d'une durée de 2 à 3 heures chaque après-midi, point qui sera examiné ci-après.

E. 7.4

Au regard des considérations qui précèdent et en suivant les conclusions de l'expert dont la valeur probante du rapport doit être admise avec les compléments indiqués ci-dessus, sans qu'un éventuel complément d'expertise ou une éventuelle expertise judiciaire se justifie, la capacité de travail du recourant est nulle dans l'activité habituelle d'aide monteur électricien, dès le 11 juin 2012. Une activité adaptée consiste, vu l'avis de l'expert, en une « activité adaptée principalement assis, pas d'activité accroupie ni agenouillée, pas de montée ni de descente répétée d'escaliers, pas de travail en terrain accidenté, activité sollicitant principalement les membres supérieurs, pause d'environ 2 à 3 heures après la prise du traitement antirétroviral ». À ces limitations fonctionnelles doivent être ajoutées : évitement du port de charges d'un certain poids nécessitant d'utiliser l'entier de la main gauche ainsi que des travaux de précision nécessitant l'utilisation de tous les doigts des deux mains ; impossibilité de porter des chaussures de sécurité ; gêne en raison de sensations de brûlures et de prurigo. L'ensemble de ces limitations fonctionnelles sera pris en compte plus bas dans le cadre de l'examen d'un éventuel abattement sur le revenu d'invalidité. Ces limitations fonctionnelles ainsi que le degré d'incapacité de travail et de rendement doivent être considérés comme n'ayant pas évolué de manière significative entre le 11 janvier 2013 (date à partir de laquelle une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée est retenue par l'expert) et le 10 janvier 2022 (date du prononcé de la décision querellée). En effet, d'une part, les pathologies les plus incapacitantes ont changé au cours du temps mais avec des effets sur la capacité de travail comparables, et les effets secondaires du précédent antirétroviral Triumeq de type état dépressif avec idées suicidaires ont été remplacés, avec une portée incapacitante très vraisemblablement similaire, par une fatigue importante avec des vertiges (nécessitant une sieste de 2 à 3 heures l'après-midi) sous le traitement par le nouvel antirétroviral Genvoya à partir de 2017 ; d'autre part, selon les déclarations de l'intéressé en audience, il n'y a eu ni aggravation, ni amélioration de son état de santé et de sa capacité de travail depuis 2012. Comme retenu par l'expert, la capacité de travail dans une telle activité adaptée a été nulle à partir du 11 juin 2012, de 50% dès le 14 décembre 2012, à la suite notamment de la reprise du traitement antirétroviral. Selon l'expert, la capacité de travail a, ensuite, été de 75%, depuis le 11 janvier 2013. Sur ce point, le SMR et l'OAI ne justifient pas de manière motivée pour quels motifs elle serait de 100% - et non de 75% - dès le 1^{er} mai 2013. Ce taux de 75% – 6 heures de travail par jour sur 8 heures pour un temps complet, selon l'expert – inclut le temps de pause nécessaire les après-midi après la prise du Genvoya. Le recourant ne conteste pas clairement ces degrés de capacité de travail. Néanmoins, il allègue avoir besoin d'une sieste de 3 heures (et non 2 heures seulement), 1h30 après la prise du Genvoya. Or, à teneur du rapport d'expertise, il lui faut une « pause d'environ 2-3 heures après la prise du traitement antirétroviral », avec un temps de présence maximal au travail de 6 heures par jour. Ce n'est que lors de l'audience que l'assuré, après avoir allégué dans ses écritures en procédure de recours soit 2 à 3 heures soit 3 à 4 heures, a fait clairement état d'un besoin de sieste de 3 heures, et pas seulement 2 heures, de sorte qu'une durée de 3 heures n'est pas démontrée comme étant nécessaire chaque jour. Dans ces circonstances, il se justifie de retenir un besoin de sieste les après-midi d'une durée moyenne, c'est-à-dire 2h30, ce d'autant plus qu'il pourrait être le cas échéant compliqué pour un employeur potentiel d'aménager des après-midi de travail avec 2 à 3 heures de sieste 1h30 après un repas de midi par exemple de 12h00 à 12h30, lesdites après-midi étant en effet entrecoupées de 14h00 à 16h00 ou 17h00. Cette durée de sieste de 2h30 fait monter le taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée de 25% à

30% ($[2,5 \times 100] / 8,3$ équivalant à 41,7 heures divisées par 5, puisqu'il convient de se référer à la moyenne – statistique – des heures travaillées en Suisse de 41,7 heures). Partant, une incapacité de travail – incluant la baisse de rendement de 5% due à la fatigue comme retenu plus haut - doit être reconnue à hauteur de 35% au total.

E. 7.5

Le recourant, considéré de manière non contestée comme ayant le statut d'actif à 100% – personne employée –, n'émet pas de griefs précis contre la comparaison des revenus effectuée par l'intimé dans sa décision querellée, selon le premier calcul uniquement tel que déjà fait le 13 février 2017 puis confirmé le 14 mars 2023 par celui-ci. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1 et les références). Il s'agit en l'occurrence de l'année 2013. Le revenu sans invalidité a été fixé par l'OAI avec une référence au salaire indiqué pour 2011 par l'extrait du compte individuel AVS (ci-après : CI) de l'assuré, à savoir CHF 50'412.- ainsi qu'au salaire d'aide monteur électricien tel qu'annoncé par l'employeur dans un questionnaire rempli le 22 novembre 2012, soit le salaire horaire total de CHF 30.16 (incluant les indemnités de vacances et de jours fériés ainsi que le 13^{ème} salaire) multiplié par 40 heures par semaine (8 heures par jour pendant cinq jours) et par 48 semaines, ce qui donne CHF 57'907.-, indexé en 2013 pour atteindre CHF 58'787.- (supérieur à celui résultant du seul CI). Interpelé par la chambre de céans, l'intimé a répondu – de manière convaincante – le 14 mars 2023 que le nombre annuel de semaines retenu n'était pas 52 (4 1/3 semaines par mois à 40 heures de travail selon l'ESS 2012), mais 48 afin que les vacances ne soient comptabilisées à deux reprises (52 semaines – 4 semaines de vacances = 48 semaines). Le revenu – brut – sans invalidité de CHF 58'787.- apparaît ainsi avoir été correctement calculé. Apparaît également conforme au droit (cf. notamment ATF 143 V 295 consid. 2.2 et la référence ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et les références ; ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; ATF 124 V 321 consid. 3b/aa) le revenu – brut – avec invalidité calculé par l'office, pour lequel ce dernier s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives (niveau de compétences 1) pour un homme selon l'ESS 2012, TA1_tirage_skill_level, soit CHF 5'210.- par mois, adapté à la durée normale de travail de 41,7 heures et indexé à 2013, le revenu annuel s'élevant ainsi à CHF 65'654.- pour un taux de 100%. À cet égard, contrairement à ce que semble faire valoir le recourant, il existe des emplois en nombre suffisant compatibles avec les limitations fonctionnelles liées à son état de santé, l'assuré pouvant être en mesure de travailler par exemple comme manutentionnaire en atelier avec ses bras et mains, sur des objets qui ne sont pas lourds et en tenant compte des limitations causées par l'amputation à l'auriculaire de la main gauche, et sans être debout pour une durée prolongée ni accroupi ou agenouillé. On ne se trouve ainsi pas en l'occurrence dans un cas où il conviendrait de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail, dans le cadre duquel, notamment, l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne pourrait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existerait quasiment pas sur le

marché général du travail ou que son exercice impliquerait d'un employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semblerait exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2), le caractère irréaliste des possibilités de travail devant ici découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels qui sont étrangers à la définition juridique de l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2).

E. 7.6

Reste à examiner la question de l'abattement par rapport au revenu avec invalidité, que le recourant fixe à 15% au lieu du taux de 10% retenu par l'intimé.!

E. 7.6.1

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 134 V 322 consid. 5.2 et les références; ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (cf. ATF 146 V 16 consid. 4.1 et ss. et les références). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3).!

S'agissant de la casuistique, par exemple, un taux d'abattement de 5% a été retenu par le Tribunal fédéral pour un assuré de 46 ans présentant un nombre non négligeable de limitations fonctionnelles (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014), pour un assuré né en 1952 ayant une prothèse unicompartementale du genou droit et ne pouvant mettre à profit sa capacité résiduelle de travail dans des activités légères, essentiellement sédentaires (éviter le port de charges supérieures à 10 kg, des montées d'escaliers, des déplacements rapides et des positions agenouillées; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_196/2022 précité consid. 7.3), de même que pour une assurée née en 1962, de langue maternelle étrangère et invoquant des difficultés en français, avec comme limitations fonctionnelles l'évitement du port répété de charges supérieures à 5-10 kg, des activités nécessitant le maintien du membre supérieur droit au-dessus du niveau des épaules et la priorité pour les activités coude au corps (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_608/2021 précité consid. 4.3). De surcroît, des abattements de 10% et 15% ont été confirmés par la Haute Cour dans des cas de non-usage de la main et du bras gauches, respectivement de restrictions d'usage de la main et du bras droits que la personne assurée pouvait néanmoins utiliser de multiples façons en évitant les poids supérieurs à 5 kg ainsi que les coups, les vibrations et les rotations fréquentes de la main droite, compte tenu de l'existence dans le marché du travail équilibré d'emplois compatibles avec ces

limitations (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_366/2013 du 18 juin 2013 consid. 4.2 ; 8C_350/2013 du 5 juillet 2013 consid. 3.3). Par ailleurs, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater que le travail à plein temps n'est pas nécessairement mieux rémunéré que le travail à temps partiel; dans certains domaines d'activités, les emplois à temps partiel sont en effet répandus et répondent à un besoin de la part des employeurs, qui sont prêts à les rémunérer en conséquence (ATF 126 V 75 consid. 5a/cc; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 8C_49/2018 du 8 novembre 2018 consid. 6.2.2.2). Cela étant, si selon les statistiques, les femmes exerçant une activité à temps partiel ne perçoivent souvent pas un revenu moins élevé proportionnellement à celles qui sont occupées à plein temps (cf., p. ex., arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2011 du 30 avril 2012 consid. 4.2.2), la situation se présente différemment pour les hommes; le travail à temps partiel peut en effet être synonyme d'une perte de salaire pour les travailleurs à temps partiel de sexe masculin (arrêt du Tribunal fédéral 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.2). L'abattement doit être appliqué au revenu d'invalidité et ne saurait en aucun cas s'additionner au taux de la diminution de rendement – ou d'incapacité de travail – , mais, concrètement, il convient d'appliquer l'abattement (par exemple de 10%) à la part du salaire statistique que la personne assurée est toujours susceptible de réaliser malgré sa baisse de rendement de par exemple 30% (10% de 70%, soit 7%), puis de déduire le résultat obtenu de ladite part salariale (70% - 7% = 63% ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

E. 7.6.2

En l'espèce, à ce stade du raisonnement, le taux d'abattement de 15% soutenu par le recourant – contre 10% selon l'intimé – ne peut pas d'emblée être considéré comme établi, ni être exclu, compte tenu de l'ensemble des circonstances particulières, notamment l'absence de désavantage lié à l'âge (38 ans en 2013, 48 ans en 2022) ainsi que les difficultés liées aux limitations fonctionnelles retenues par l'expert et le SMR puis encore complétées plus haut de même que la possible perte de salaire due au temps partiel. Un taux d'abattement supérieur à 15% doit en revanche en tout état de cause être exclu, au regard notamment de la casuistique développée par le Tribunal fédéral. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si le taux d'abattement de 15% peut ou non être appliqué (au lieu de celui de 10%) peut demeurer indéterminée pour les motifs qui suivent. En effet, même si l'on applique un taux d'abattement de 15%, on parvient à ce qui suit : sur la part de salaire statistique que l'assuré peut encore obtenir sur la base de 35% d'incapacité de travail dans une activité adaptée, soit CHF 42'675.- (CHF 65'654.- - 35%, ou 65% de CHF 65'654.-), un abattement de 15% donnerait CHF 36'274.- (arrondi) de revenu avec invalidité (85% de CHF 42'675.-), ce, qui, comparé avec le revenu sans invalidité de CHF 58'787.-, correspond à 61,70%, arrondi à 62%, donc à un degré d'invalidité de 38% (100 – 62).

E. 7.7

Ce degré d'invalidité de 38% est inférieur au taux de 40% requis pour l'octroi d'une rente AI, et la période en 2012-2013 durant laquelle ce taux de 40% a pu le cas échéant être atteint ou dépassé a été inférieure à une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI a contrario), de sorte qu'est exclu le droit de l'assuré à une telle prestation.

E. 8

Vu ce qui précède, le recours sera rejeté.!

E. 9

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).!

*** 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.