

# GE\_GERICHTE A/623/2016 vom 16. August 2016

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_623\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_623_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/623/2016 du 16 août 2016

IT: GE\_GERICHTE A/623/2016 del 16 agosto 2016

## Erwägungen

### E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BROTO Diane 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 \_\_\_\_\_ 1965, domicilié dans le canton de Genève, célibataire, a été suivi médicalement dès son enfance pour une ostéogenèse imparfaite (maladie communément appelée maladie des os de verre). Après sa scolarité, il a accompli une formation commerciale non sanctionnée par l'obtention d'un certificat d'aptitude, puis a exercé différents emplois dans la restauration et en EMS (comme serveur, réceptionniste, aide de cuisine, aide-soignant) jusqu'en 2009, année au cours de laquelle il a été licencié pour des motifs économiques. Au terme de son droit aux indemnités de chômage, il a été mis au bénéfice dès mai 2011 des prestations d'aide financière de l'Hospice général, dont un placement à titre de mesure de réinsertion socioprofessionnelle au B\_\_\_\_\_ de la Ville de C\_\_\_\_\_ en tant qu'aide accueillant, depuis le 20 février 2012, occupation qu'il ne pourra plus assumer au-delà du 31 décembre 2014 en raison d'un accroissement de ses douleurs générées par sa maladie précitée. 2. Le 30 novembre 2010, l'assuré – alors au chômage – a eu un trauma de la cheville droit, ayant nécessité son hospitalisation du 8 au 17 décembre 2010 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) et une ostéosynthèse par plaque. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA. 3. Le 29 avril 2014, l'assuré a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en faisant état de sa maladie des os de verre et du fait que son médecin traitant était le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. 4. Selon le rapport médical qu'a rempli ce dernier en juin 2014 sur requête de l'OAI, l'assuré, que ledit médecin suivait depuis février 2014, souffrait de la maladie des os de verre depuis son enfance et, dans ce contexte, d'une ostéoporose sévère. Il n'avait plus vu de médecin depuis 2008, et était à considérer comme incapable de travailler depuis 2008 dans ses dernières activités habituelles. Il avait des douleurs au membre droit (fémur) et à la cheville gauche, qui l'empêchaient de rester debout plus d'une heure. Une activité adaptée à son handicap n'était pas possible pour l'instant. Il y avait lieu de définir avec la consultation des maladies osseuses des HUG si des mesures médicales pourraient réduire ses restrictions. Il avait toujours caché sa maladie. Il ne pouvait exercer de travaux impliquant qu'il soit uniquement en position assise, en position debout ou principalement en marchant, avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, des rotations en position assise et debout, de monter sur une échelle ou un échafaudage ; il pouvait exercer des activités dans différentes positions durant une à deux heures par jour, et soulever des poids (sans indication de limite de poids). Ses capacités de concentration et de

résistance étaient limitées en raison de ses douleurs, mais pas ses capacités de compréhension et d'adaptation. 5. Selon une lettre dudit médecin du 11 juin 2014 au service des maladies osseuses des HUG, l'assuré semblait souffrir de douleurs intenses au niveau des deux jambes et de l'avant-bras droit. Des rapports d'exams effectués en mars 2014 auprès du cabinet de radiologie de C\_\_\_\_\_ (par le docteur E\_\_\_\_\_, médecin-radiologue FMH) et de dianalabs étaient annexés à ce courrier ; le Dr E\_\_\_\_\_ relevait une ostéoporose, avec une probabilité de fracture à dix ans de 5.6 % au niveau de la hanche et de 12.8 % s'agissant d'une fracture ostéoporotique majeure, ainsi qu'une incurvation du fût diaphysaire fémoral droit et péronier bilatéral, et des remaniements cicatriciels malléolaires externes gauches. 6. Le 21 août 2014, l'assuré a transmis à l'OAI, à la demande de ce dernier, les certificats d'incapacité de travail que le Dr D\_\_\_\_\_ lui avait délivrés jusqu'alors en 2014. 7. Dans un avis médical du Service Médical Régional de l'AI (ci-après : SMR) du 10 septembre 2014, la doctoresse F\_\_\_\_\_ a relevé que d'après le dossier de la SUVA (que l'OAI s'était procuré dans l'intervalle), l'assuré avait été estimé apte à reprendre le travail à 100 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2011, et que le Dr D\_\_\_\_\_, qui attestait d'une totale incapacité de travail depuis 2008, ne se prononçait pas sur une capacité de travail dans une activité adaptée, mais avait adressé l'assuré au service des maladies osseuses des HUG, dont il faudrait obtenir « les consultations ». 8. Le 23 septembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI le rapport que le service des maladies osseuses des HUG avait établi le 18 août 2014, sous la signature des docteurs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint agrégé et médecin-chef de service auprès dudit service. D'après ce rapport, l'ostéogénèse imparfaite de l'assuré avait été révélée alors que celui-ci avait entre cinq et dix ans à la suite d'une fracture du fémur droit ; l'assuré avait eu par la suite de nombreux autres épisodes fracturaires. Il présentait en outre un alcoolisme chronique qui avait été sévère en 1998. Il avait depuis de nombreuses années des douleurs diffuses intéressant en particulier les membres inférieurs et l'avant-bras droit, sans systématisation neurologique. En conclusion, l'assuré présentait une ostéogénèse imparfaite avec de nombreux épisodes fracturaires, se surajoutaient des facteurs de risques d'ostéoporose non génétiquement déterminés, en particulier un alcool-tabagisme chronique ; n'excluant pas une cause neurogène surajoutée, les médecins dudit service avaient demandé la réalisation d'un examen électroneuromyographique (ENMG) à la recherche d'une polyneuropathie. Il y avait indication à un traitement anti-ostéoporotique, une fois que deux extractions dentaires prévues de longue date auraient été faites. 9. Le 20 octobre 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ et la doctoresse I\_\_\_\_\_ du SMR ont admis que les activités habituelles de l'assuré (cuisinier, serveur, aide-soignant) n'étaient plus exigibles, et qu'il fallait obtenir le rapport d'ENMG effectué aux HUG et demander au Dr G\_\_\_\_\_ quelles étaient les limitations fonctionnelles détaillées de l'assuré et quelle était la capacité de travail de ce dernier dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles et depuis quand. 10. Selon un rapport médical du Dr G\_\_\_\_\_ du 29 octobre 2014, l'assuré avait, avec effet sur la capacité de travail, une ostéogénèse imparfaite et une ostéoporose génétiquement déterminée ; le pronostic était incertain. Aucune réponse n'était donnée à propos de la capacité de travail de l'assuré, sinon que son rendement était réduit en raison des douleurs. 11. Par un courrier du 26 janvier 2015, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI qu'il était toujours difficile de se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. L'assuré avait exercé habituellement une profession dans la restauration, amené ainsi à porter des charges et à marcher ; il présentait une boiterie qui

n'empêchait pas l'accomplissement de son travail, mais présentait une faiblesse musculaire avec de temps en temps des sensations de lâchage pouvant même aboutir à des chutes et des crises douloureuses intermittentes pouvant transitoirement empêcher la réalisation d'actes de la vie courante y inclus au travail. Dans l'ensemble il pourrait accomplir des tâches impliquant la marche, le port de charges légères, mais sur de courtes périodes et cette capacité de travail ne devrait pas excéder 50 % de son occupation. 11. Le 25 mars 2015, le Dr D\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI le rapport de l'ENMG que le service de neurologie des HUG avait établi le 16 septembre 2014. À teneur de ce rapport, établi par les docteurs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint agrégé et médecin interne auprès dudit service, l'examen neurographique des membres inférieurs s'était révélé normal et permettait d'exclure une neuropathie des nerfs testés ; l'examen ciblé du membre supérieur droit permettait d'exclure un canal carpien à l'origine des lâchages décrits par l'assuré. 12. Dans un avis médical du 13 mai 2015, la Dresse F\_\_\_\_\_ et le docteur L\_\_\_\_\_ du SMR, après avoir résumé le dossier, ont estimé qu'au vu des limitations fonctionnelles énoncés par le Dr G\_\_\_\_\_, les activités de cuisinier, serveur et aide-soignant n'étaient plus exigibles, mais que dans une activité strictement sédentaire comme le secrétariat, l'assuré avait une capacité de travail entière depuis février 2014. 13. Compte tenu du fait que, selon l'extrait de compte individuel de l'assuré et d'une inscription de ce dernier au chômage en avril 2014 au taux de 50 %, celui-ci avait un statut mixte de 50/50, l'OAI a estimé qu'il fallait effectuer une enquête ménagère, qui a eu lieu le 2 novembre 2015 au domicile de l'assuré. D'après le rapport d'enquête économique sur le ménage de l'assuré, du 2 novembre 2015, ce dernier avait exercé des activités professionnelles à 100 % jusqu'en 2003, puis avait bénéficié de prestations de chômage ; en 2008 et 2009, il avait été cuisinier dans un restaurant à 50 %, parce qu'il n'avait pas pu obtenir un pourcentage de travail plus élevé, en dépit de son souhait ; il avait été au chômage en 2009 et 2010, puis avait fait du bénévolat au B\_\_\_\_\_ pour la Ville de C\_\_\_\_\_. Il disait que sans atteinte à la santé, il aurait exercé une activité à 100 % dans le domaine de la restauration. Il n'avait d'empêchement qu'à hauteur de 20 % et que pour l'entretien de son logement, mais aucune dans les autres activités (conduite du ménage, alimentation, emplettes et courses, lessive et entretien des vêtements, divers). L'empêchement pondéré avec ou sans exigibilité dans les travaux ménagers étaient ainsi de 4 %. L'OAI a retenu, le 2 décembre 2015, que l'assuré n'avait pas un statut mixte, mais un statut d'actif à 100 %. 14. Le 14 décembre 2015, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision lui refusant les prestations de l'AI. En bonne santé, il aurait travaillé à 100 %. Selon le SMR, ses activités habituelles de cuisinier, serveur et aide-soignant n'étaient plus exigibles, mais il avait une capacité de travail entière depuis février 2014 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (non précisées). Pour la comparaison des revenus à effectuer pour déterminer son invalidité, il fallait, dès lors qu'il était sans emploi avant d'avoir été reconnu incapable de travailler, se baser sur les données statistiques ESS 2012, TA1, tous secteurs confondus (total), pour une activité simple et répétitive (niveau 1). Le revenu annuel professionnel sans invalidité était ainsi de CHF 66'130.- et celui avec invalidité, après abattement de 10 % en raison de ses limitations fonctionnelles ne permettant qu'une activité légère, de CHF 59'517.-, si bien que la perte de gain s'élevait à CHF 6'613.-, donc à 10 %, taux ne donnant droit ni à une rente d'invalidité (étant inférieur à 40 %) ni à des mesures professionnelles (étant inférieur à 20 %). L'assuré disposait d'un délai de trente jours pour faire part de ses éventuelles objections ou demander des renseignements complémentaires. 15. Par courrier du 7 janvier 2016,

l'assuré a contesté ce projet de décision. Il n'avait jamais été convoqué par les médecins du SMR ou une autre personne de l'OAI (à part l'enquêtrice s'étant rendue à son domicile). C'était en septembre 2009 (et non en 2011) qu'il avait dû cesser son activité de cuisinier. Il n'avait pas voulu requérir des prestations de l'AI, par dignité, mais il avait dû s'y résoudre, car si sa « tête voulait continuer à être productive (... son) squelette (le) lâch(ait) et (il) n'y (pouvait) rien ». Il venait d'avoir 50 ans, mais ses os en avaient 64. Il ne demandait pas une faveur, mais « juste de l'équité ». Il était suivi par le Dr G\_\_\_\_\_ et le Dr D\_\_\_\_\_ ; il aurait de nouveaux des examens et des radios au début de l'année 2016. Il a joint à son courrier une lettre du Dr G\_\_\_\_\_ au Dr D\_\_\_\_\_ du 10 juin 2015, faisant mention du fait que le traitement prévu avait été retardé en raison d'une sévère carence en vitamines D que présentait l'assuré, ayant par la suite été corrigée, et d'extractions dentaires à subir par ce dernier, ainsi que du fait que le traitement n'avait pas (encore) eu d'effet favorable, les douleurs ressenties étant toujours assez tenaces ; un prochain contrôle biologique et densitométrique serait réalisé en mars 2016. !endif>!

immobile plus de 45 minutes, que ce soit assis ou debout, et sa formation de secrétaire remontait à plus de vingt ans. L'avis du SMR n'avait aucune valeur probante. Selon un courrier du Dr G\_\_\_\_\_ du 8 avril 2016 joint au complément de recours, l'ostéogénèse imparfaite était une maladie extrêmement invalidante, avec cependant une variabilité selon les cas ; elle correspondait à un défaut génétique du collagène osseux, rendant les os extrêmement fragiles avec une propension à la fracture, aux déformations osseuses et aux douleurs. L'assuré présentait une boiterie qui, en soi, n'empêchait pas l'accomplissement de son travail (dans la restauration), mais il présentait une faiblesse musculaire avec de temps en temps des sensations de lâchage pouvant aboutir à des chutes, de même que des crises douloureuses intermittentes pouvant empêcher la réalisation d'actes de la vie courante, y inclus le travail. L'assuré lui semblait pouvoir accomplir des tâches impliquant la marche, le port de charges légères, mais sur de courtes périodes ; cette capacité de travail ne pourrait excéder 50 % de son occupation. S'il trouvait un travail adapté à ses limitations fonctionnelles, il y aurait probablement baisse de rendement (avec des performances variables selon les jours et de possibles arrêts de travail), de l'ordre très approximativement de 50 % aussi. Le traitement de l'ostéoporose, débuté en mars 2015, ne donnait pas de réponse au niveau de la densitométrie osseuse, dont une récente était plutôt défavorable.

20. Par mémoire de réponse du 23 mai 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'instruction à laquelle il avait procédé n'était pas lacunaire. L'appréciation médicale de la SUVA avait été que l'assuré pouvait reprendre son activité à 100 % ; il ne devait pas y avoir d'appréciation divergente de l'assureur-accidents et de l'AI quant au taux d'invalidité. Les avis médicaux du SMR ne reposaient pas sur des examens médicaux faits par le SMR lui-même, mais se déterminaient sur les conditions médicales du droit aux prestations de l'AI, et, en tant que tels, ne devaient pas satisfaire aux mêmes exigences qu'une expertise médicale, sans pour autant être dénué de valeur probante. Les rapports des médecins traitants devaient être pris avec précaution, compte tenu de leur position de confident privilégié des patients. Une appréciation consciencieuse des preuves fournies justifiait en l'occurrence de ne pas ordonner l'administration d'autres preuves. Dans un avis médical du 17 mai 2016, joint audit mémoire de réponse, le Dr L\_\_\_\_\_ estimait que le rapport précité du Dr G\_\_\_\_\_ du 8 avril 2016 n'apportait aucun élément objectif permettant de retenir une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il fallait s'en tenir aux conclusions du rapport final du SMR du 13 mai 2015. [endif]>![if> 21. Dans des observations du 21 juin 2016, l'assuré a objecté que l'uniformité de la notion d'invalidité en matière d'assurance-accidents et d'AI ne valait que si la situation n'avait pas évolué entre le moment où le rapport de l'assureur-accidents avait été fait et celui où l'AI était sollicité de verser des prestations. En l'espèce, plus de trois ans s'étaient écoulés, durant lesquels l'état de santé de l'assuré s'était péjoré. L'OAI avait mal apprécié les conclusions médicales déjà existantes et n'avait pas justifié sa décision de s'éloigner de ces dernières ; il n'y avait pas eu d'appréciation consciencieuse des preuves. La maladie de l'assuré avait encore empiré, car lors de son dernier rendez-vous avec le Dr G\_\_\_\_\_, celui-ci avait constaté qu'une fissure était apparue sur son fémur, que ses hanches étaient en train de le lâcher et que deux œdèmes inexplicables étaient apparus sur ses chevilles. [endif]>![if> 22. Cette écriture a été communiquée à l'OAI le 22 juin 2016. [endif]>![if> 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 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales,

du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, dès lors que la décision attaquée, ayant été précédée de l'envoi d'un projet de décision, est fondée sur la LAI. **!**[endif]>!**[if]**> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Complété dans le délai imparti, il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. **!**[endif]>!**[if]**> b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). 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]). **!**[endif]>!**[if]**> S'agissant de la LAI, il s'agit en l'espèce du droit qui était en vigueur lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, à savoir le droit encore actuellement en vigueur, intégrant les dernières modifications qu'a subies la LAI, en particulier celles de la révision

dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4<sup>ème</sup> révision] et 6 octobre 2006 [5<sup>ème</sup> révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008). Au demeurant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). S'agissant des dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

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).

b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

c. La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical

important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). d. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_82/2016 du 9 juin 2016). La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). En l'espèce, bien que cela ne soit pas contesté, il sied d'indiquer que c'est à bon droit que l'intimé a retenu finalement qu'en l'absence d'atteinte à la santé, le recourant aurait travaillé à plein temps, et donc que le statut d'actif doit lui être reconnu.

5. a. Les atteintes à la santé doivent être établies par des documents médicaux probants. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. ![endif]>![if>

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de

l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

c. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de

s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 6. a. En l'espèce, il est admis par l'intimé que le recourant souffre d'une ostéogenèse imparfaite et d'une ostéoporose générant une totale incapacité de travail et de gain dans son activité habituelle de cuisinier, serveur et/ou aide-soignant. Il y a en revanche divergence d'appréciation quant à l'effet invalidant de ces atteintes à la santé sur la capacité de travail et de gain de l'assuré dans une activité adaptée. Pour l'intimé, le recourant a une pleine capacité de travail dans une activité strictement sédentaire comme le secrétariat. Le recourant le nie, en prétendant n'avoir aucune capacité de travail dans une quelconque activité ou alors, à titre subsidiaire, n'avoir qu'une capacité de travail réduite (dans une activité adaptée qu'il ne définit cependant pas). b. L'intimé fonde son appréciation pour l'essentiel sur les seuls avis des médecins du SMR, qui ont été exprimés par le biais de rapports de synthèse des (quelques) renseignements médicaux figurant au dossier et préconisant une appréciation de la situation médicale du recourant. On ne saurait considérer que ces avis ont valeur de rapports médicaux satisfaisant aux exigences posées pour qu'une pleine valeur probante puisse leur être reconnue. Ils ne contiennent pas une étude fouillée du cas du recourant, ne réfutent pas les opinions divergentes des médecins du recourant, ne sont guère motivés et n'aboutissent pas à des résultats véritablement convaincants. Ils ont par ailleurs été établis sur la seule base d'informations (incomplètes) versées au dossier, et nullement sur des observations cliniques auxquelles leur(s) auteur(s) aurai(en)t personnellement procédé. Il n'est en outre pas établi que les médecins du SMR s'étant prononcés disposaient des qualifications spécialisées dans la discipline médicale des atteintes à la santé du recourant. Quant à l'appréciation faite en 2011 par un médecin de la SUVA que le recourant avait retrouvé dès le 1<sup>er</sup> juin 2011 une pleine capacité de travail après le traitement de sa fracture accidentelle de la cheville droite, elle ne saurait démontrer d'une quelconque façon qu'il en irait de même à fin janvier 2016, lorsque l'intimé a rendu la décision attaquée, donc près de cinq ans plus tard, alors que l'atteinte à la santé du recourant est sujette à évolution et que, au surplus, l'intimé lui-même admet qu'il n'est plus apte du tout à exercer son activité habituelle. c. Force est de reconnaître que, de leur côté, les rapports médicaux produits par le recourant – à savoir les rapports établis par son médecin traitant, le Dr D\_\_\_\_\_, et un spécialiste des maladies osseuses, le Dr G\_\_\_\_\_ – ne contiennent pas non plus toutes les précisions utiles et pleinement concordantes sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'empêche qu'ils comportent des indications tendant à nier une pleine capacité de travail, fût-ce dans d'autres activités que celles exercées habituellement (et dont personne ne remet en question qu'il ne pourrait plus les exercer). En effet, le Dr D\_\_\_\_\_ a affirmé en juin 2014 qu'une activité adaptée au handicap du recourant n'était pas possible (« pour l'instant », a-t-il pris soin d'ajouter). Et il a énoncé des limitations restreignant sensiblement l'exercice d'en réalité quasiment toute activité professionnelle à tout le moins à plein temps, puisqu'il a affirmé – de façon non valablement contestée par l'intimé ni par d'autres éléments du dossier – non seulement que le recourant ne pouvait exercer de travaux impliquant uniquement une position assise, une position debout ou principalement en marchant, des mouvements avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, des rotations en position

assise et debout, l'utilisation d'une échelle ou d'un échafaudage, mais encore – faut-il ici souligner – qu'il pouvait exercer des activités dans différentes positions durant une à deux heures par jour. De son côté, le Dr G\_\_\_\_\_ n'a certes pas fait de distinction claire entre les activités habituelles du recourant et une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de ce dernier, apparemment comme s'il entrevoyait mal qu'une telle activité adaptée existât. Il a cependant affirmé clairement, en janvier 2015, que le recourant pourrait accomplir des tâches impliquant la marche et le port de charges légères, avec toutefois l'importante précision qu'il ne le pourrait que « sur de courtes périodes » et que « cette capacité de travail ne devrait pas excéder 50 % de son occupation ». Il l'a répété dans son rapport du 8 avril 2016, cette fois-ci en termes de baisse de rendement, aux effets cependant équivalant à une sensible limitation de capacité de travail. d. Ces indications suffisent à convaincre que l'affirmation d'une pleine capacité de travail « dans une activité strictement adaptée » ne peut être retenue, du moins tant que des renseignements médicaux complémentaires, voire une expertise, ne fourniraient pas des éléments médicaux probants à l'appui de cette affirmation. Le SMR et, à sa suite, l'intimé, ne pouvaient simplement retenir une autre appréciation médicale de la situation du recourant que celles émises, convergentes, par le médecin traitant du recourant ainsi qu'un spécialiste des maladies osseuses des HUG, qui, en tant qu'il a été consulté ès qualités de médecin des HUG, n'a pas qualité de médecin traitant du recourant, quand bien même il a prescrit et administré un traitement à ce dernier. Il appert que le dossier a été insuffisamment instruit. Il incombait à l'intimé pour le moins d'exiger desdits médecins, s'il entendait se distancer de leur avis, des prises de position plus explicites d'un point de vue médical, sur les raisons pour lesquelles le recourant ne pourrait pas exercer à plein temps une activité adaptée qu'il imaginait possible (en particulier dans le domaine du secrétariat), en les invitant à préciser les limitations fonctionnelles qui affecteraient le recourant pour l'accomplissement d'une telle activité. Ou alors, de façon probablement préférable, il leur fallait soumettre le recourant à une expertise administrative. e. L'enjeu n'est pas seulement l'octroi ou le refus d'une rente d'invalidité, entière ou partielle, mais aussi l'octroi ou le refus de mesures de réadaptation professionnelle, qu'en l'occurrence l'intimé a également refusées au recourant pour le motif que, attribuant à ce dernier une pleine capacité de travail dans l'activité à son avis adaptée dans le domaine du secrétariat, il arrive à la conclusion, sur la base d'une comparaison des revenus résultant de statistiques, que son taux d'invalidité est de 10 % seulement, donc inférieur à celui de 20 % qui est requis pour que de telles mesures entrent en considération. Or, on voit mal que l'activité de secrétariat puisse représenter une activité adaptée pour le recourant sans qu'à tout le moins il n'ait pu bénéficier de mesures de réadaptation professionnelle ciblée sur l'exercice d'une telle activité, dès lors que sa formation commerciale a consisté en de simples cours de commerce et de secrétariat remontant à 1981-1982 (donc à près de trente-cinq ans !), qu'ils n'ont pas abouti à l'obtention d'un certificat de capacité et que le recourant apparaît n'avoir jamais véritablement pratiqué pleinement un métier dans le domaine du secrétariat, sinon il y a plus de vingt ans (cf. pièces de l'OAI n° 17 p. 2, n° 20 p. 1 et n° 43 p. 1). Il faut impérativement éviter, par un manque de réalisme dans l'admission de l'existence d'activités adaptées, de tomber dans un raisonnement tautologique aboutissant à admettre quasiment par définition une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. 7. a. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni

le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). À l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2, cf. aussi ATF 137 V 210 consid. 4.4.1). **En l'espèce, il n'y a pas lieu que l'instruction du dossier soit complétée par la chambre de céans. Il incombe à l'intimé de le faire.** 8. a. Le présent recours doit être admis partiellement, la décision attaquée être annulée et la cause être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. La nouvelle décision que l'intimé devra rendre devra reposer sur des faits actualisés. b. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1 bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis phr. 2 in fine LAI). c. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 500.- lui sera accordée (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimé. Le bénéfice de l'assistance juridique n'implique pas qu'une telle indemnité ne doive pas être allouée ; elle est prise en compte par le service de l'assistance juridique, qui en a automatiquement connaissance au moment où il traite l'état de frais que lui adresse le moment venu l'avocat nommé d'office. \* \* \* \* \* **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.