

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/10/2014

ATAS/76/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 février 2015**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CAROUGE, représenté par ASSUAS, Association suisse des assurés          recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE          intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président ; Maria COSTAL et Christian PRALONG, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1952, d'origine marocaine, au bénéfice d'une formation dans les métiers du bâtiment, est arrivé en Suisse en 1983 et a acquis la nationalité suisse en 1997. Il a travaillé comme peintre en bâtiment pour diverses entreprises, et dès 1986 il a été actif comme entrepreneur indépendant auprès des entreprises " B\_\_\_\_\_, M. A\_\_\_\_\_" et "C\_\_\_\_\_ A\_\_\_\_\_" jusqu'en septembre 2007. De janvier à juillet 2008, l'assuré a travaillé en qualité de commis administratif auprès de la direction du logement à Genève ; et de juillet à décembre 2009 en tant qu'employé de l'entreprise " B\_\_\_\_\_, M. A\_\_\_\_\_" (ci-après : l'employeur), entreprise au nom de l'épouse de l'assuré.
2. L'assuré a été affilié en tant que personne de condition indépendante du 1<sup>er</sup> août 1986 au 28 septembre 2007 (attestation du 1<sup>er</sup> novembre 2007 de la caisse de compensation de la S.S.E.).
3. L'assuré, qui n'a plus travaillé au-delà de décembre 2009, a été au chômage de janvier 2010 à mars 2011 et a, dans ce cadre, suivi des cours d'informatique fin 2010.
4. Le 5 juin 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en raison d'une arthrose pluri-étagée des deux poignets (2013), de vertiges (2013), d'un canal carpien des deux mains et d'un cancer de cordes vocales opéré en 2008. Il avait travaillé de juin à décembre 2009 à plein temps en tant que peintre en bâtiment (CHF 5'600.- par mois x 13).
5. Par rapport du 17 juin 2013, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-traitant, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une arthrose sévère périscaphoïdienne des deux poignets depuis fin 2012, décompensée. Sans répercussion sur la capacité de travail, il avait présenté un carcinome laryngé en 2008. L'assuré, tapissier et décorateur indépendant, présentait une faiblesse et des douleurs des mains. Le pronostic était sombre. L'incapacité de travail existait depuis le printemps 2013 et l'utilisation des mains était quasi impossible. Depuis fin 2012, il ne pouvait travailler avec les mains au-dessus de la tête, ni soulever ou porter avec les mains.
6. Par rapport du 17 juin 2013, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a diagnostiqué une arthrose radio-scaphoïdienne, une arthrose trapézo-métacarpienne et scapho-trapézo-trapézoïdienne (bilatérale) depuis une date indéterminée, un status post décompression du tunnel carpien des deux côtés en 2008 et un SLAC Wrist gauche. L'assuré, qu'il suivait depuis février 2013, présentait des douleurs invalidantes des deux poignets, une baisse de la force et de fonctionnalité du poignet et de la main des deux côtés. Le pronostic était réservé. Une chirurgie palliative (arthroplastie, arthrodèse partielle/totale des poignets) était recommandée. À part les travaux administratifs, l'activité de décorateur n'était plus réalisable en raison de la baisse de force et de la diminution de la dextérité. L'incapacité de

travail était totale dans l'activité habituelle, mais l'assuré était pleinement capable de travailler immédiatement dans une activité adaptée, à savoir sans soulever ou porter de charges.

7. Le 8 juillet 2013, l'OAI a requis une copie des bilans et des comptes de pertes et profits de 2006 à 2008 et une copie de la cessation de la société.
8. Selon le questionnaire pour l'employeur daté du 12 juillet 2013, l'assuré avait travaillé dans l'entreprise du 1<sup>er</sup> juillet au 30 décembre 2009 en qualité de peintre en bâtiment à plein temps. L'activité consistait essentiellement en des travaux de peinture, avec quelques travaux de maçonnerie. Le contrat de travail avait été résilié par l'employeur en raison de la diminution de l'activité. Le salaire versé avait été de CHF 5'200.- par mois en juillet et août 2009, de CHF 5'600.- par mois de septembre à novembre 2009 et de CHF 10'969,85 en décembre 2009. En 2013, sans atteinte à la santé, l'assuré gagnerait entre CHF 6'000.- et CHF 7'000.- par mois.
9. Par rapport du 8 août 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a retenu que l'atteinte principale à la santé était une arthrose sévère du poignet bilatérale. Les diagnostics qui n'étaient pas du ressort de l'AI, étaient un carcinome du larynx en 2008 et une décompression du tunnel carpien en 2008. L'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle depuis mars 2011, mais capable de travailler dans une activité adaptée depuis la même date, sans port de charges, ni travail avec les bras au-dessus de la tête depuis cette date. Il n'y avait ni élément médical nouveau, ni aggravation de l'affection de base, de sorte qu'il était aléatoire de fixer la date de début de l'aptitude à la réadaptation en juin 2013 (soit la date à laquelle le Dr E\_\_\_\_\_ avait établi son rapport). Le SMR était donc d'avis que la capacité de travail dans une activité adaptée avait toujours existé.
10. Par projet du 22 août 2013, l'OAI a refusé à l'assuré toutes mesures professionnelles et rente d'invalidité. Depuis mars 2011, sa capacité de travail était considérablement réduite. Il résultait du dossier qu'il exerçait l'activité de peintre en bâtiment à plein temps et que sans atteinte à la santé, il aurait continué à exercer cette activité au même taux. Dès lors, le statut d'assuré retenu était celui d'une personne active. Selon le SMR, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle de peintre en bâtiment, mais dans une activité adaptée toutefois, la capacité de travail était entière depuis mars 2011. En comparant le salaire sans invalidité en 2009 (CHF 5'000.- x 13), soit un revenu annuel de CHF 65'000.-, réactualisé en 2011 à CHF 66'065.-, au salaire avec invalidité selon le tableau TA1 ESS 2010, niveau 4, actualisé en 2011, à plein temps, soit CHF 61'733.-, il en résultait un degré d'invalidité de 6.56 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles.
11. Le 26 septembre 2013, l'assuré a contesté le projet de décision. Il présentait de graves limitations, de sorte que la palette d'activités professionnelles adaptées était très restreinte et il contestait que ses troubles de santé n'aient aucune influence sur

sa capacité de travail résiduelle. Par ailleurs, il contestait le salaire sans invalidité pris en compte, dès lors qu'en 2009, il avait obtenu un salaire entre CHF 5'200.- et CHF 5'600.-. En 2011, sans atteinte à la santé, il aurait pu réaliser un salaire de CHF 76'338.-. S'agissant du salaire avec invalidité, compte tenu des limitations fonctionnelles, de l'absence de formation professionnelle, un abattement de 10 % au moins était justifié. Au surplus, une intervention chirurgicale était programmée. Une activité professionnelle n'était pas envisageable étant donné que son état de santé se dégradait.

12. Le 8 novembre 2013, l'OAI a procédé à un nouveau calcul du taux d'invalidité. Selon la fiche de salaire de novembre 2009, le salaire mensuel était fixé à CHF 5'600.- x 13, soit CHF 72'800.- par année. Actualisé à 2012 selon l'indice suisse des salaires nominaux, le revenu annuel sans invalidité s'élevait à CHF 74'572.-. Le salaire avec invalidité, fondé sur les ESS 2010, TA1, niveau 4, pour 41,6 heures, s'élevait à CHF 61'414.- (actualisé en 2012). Après un abattement de 25 % (pour tenir compte des limitations fonctionnelles, du fait que seule une activité légère est possible et de l'âge de l'assuré), ce salaire était de CHF 46'061.-. Il résultait de la comparaison des salaires, une invalidité de 38,2 %.
13. Par décision du 14 novembre 2013, reçue le 18 novembre 2013 par le conseil de l'assuré, l'OAI a nié le droit à des mesures professionnelles et à une rente, dès lors que le taux d'invalidité atteignait 38,2 %. L'assuré n'avait apporté aucun nouvel élément médical probant susceptible de modifier l'avis du SMR.
14. Par acte du 3 janvier 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à l'octroi de mesures d'ordre professionnel et à l'octroi d'au moins un quart de rente d'invalidité. En raison de ses problèmes de santé survenus en 2008, l'assuré avait dû cesser son activité professionnelle. Il présentait non seulement des limitations fonctionnelles mais aussi un état anxio-dépressif secondaire, impliquant une totale incapacité de travail et un certificat établi par le Dr D\_\_\_\_\_ confirmant cela allait être produit. Le recourant a fait valoir que sa capacité de travail résiduelle n'avait pas été totalement investiguée. Il ne pouvait exercer qu'un travail très léger, sans port de charges ni travail avec les bras au-dessus de la tête, de sorte que toute une palette d'activités professionnelles était impossible à réaliser. La reprise d'une activité adaptée ne serait possible qu'après des mesures de reclassement susceptibles d'améliorer notablement sa capacité de travail et de gain. Au surplus, il était irréaliste d'exiger d'un assuré de 61 ans qu'il retrouve une activité professionnelle, aucun employeur ne consentant objectivement à l'engager compte tenu de ses limitations. Le recourant a produit une attestation du 17 décembre 2013 du docteur G\_\_\_\_\_, chef de clinique auprès du service d'oto-rhino-laryngologie (ci-après : ORL) des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). L'assuré avait bénéficié de plusieurs micro-laryngoscopies dans le cadre d'un carcinome de la corde vocale gauche. Le dernier examen de contrôle de 2009 était sans lésion. Le patient présentait toujours des facteurs de risques actifs pour cancer des voies

aérodigestives supérieures. Lors des contrôles réguliers tous les trois mois, il n'y avait pas eu de plainte particulière, ni de signe de récurrence. Du point de vue ORL, il n'y avait pas de contre-indication à toute forme de travail, excepté un travail qui nécessitait une utilisation excessive de la voix et une exposition au tabac.

15. Par pli du 12 février 2014, le recourant a produit une attestation du Dr E\_\_\_\_\_ du 20 décembre 2013, dont il résultait que le recourant présentait un status après décompression du tunnel carpien des deux côtés, un status après traitement conservateur d'épicondylalgies gauches, une arthrose péri-scaphoïdienne et trapézo-métacarpienne bilatérale invalidante. Le recourant était totalement incapable de travailler comme peintre décorateur, mais du point de vue uniquement des membres supérieurs, sa capacité pourrait être totale dans toute autre activité adaptée à son état physique. Un recyclage était aléatoire au vu de l'âge du patient. Pour les autres pathologies, il convenait de s'adresser au Dr D\_\_\_\_\_.
16. Par pli du 13 mars 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision litigieuse. Il a ajouté notamment s'être fondé sur une étude approfondie du dossier et notamment sur les rapports des médecins traitants. L'atteinte à la santé était une arthrose sévère du poignet bilatérale et les limitations fonctionnelles étaient : ne pas porter de charges et ne pas travailler avec les bras au-dessous (recte : au-dessus) de la tête. Il se confirmait que le carcinome du larynx était sans conséquence sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles avaient été prises en compte dans l'appréciation de la pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Les nouveaux rapports médicaux ne contredisaient ainsi pas l'avis du SMR du 8 août 2013 selon lequel le recourant avait une capacité résiduelle de 100 %. L'instruction médicale avait donc été suffisante. Enfin, on ne pouvait admettre que le recourant ne pouvait plus exploiter sa capacité résiduelle de travail en raison de son âge.
17. Par pli du 3 avril 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions. L'intimé n'avait pas procédé à une instruction complète de ses atteintes à la santé ayant une influence sur sa capacité de travail. Il a produit un certificat médical du Dr D\_\_\_\_\_ du 28 mars 2014, selon lequel l'évolution de l'état de santé du recourant n'était pas bonne. Celui-ci développait, dans le contexte de ses douleurs rhumatologiques, des troubles supplémentaires tels que perte de mémoire, vertiges, insomnies et anxiété. Ces troubles étaient suffisamment importants pour que le recourant soit adressé chez le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, puis, le cas échéant, chez un psychiatre.
18. Le 13 mai 2014, la chambre de céans a entendu les parties. Le recourant a notamment expliqué qu'il avait travaillé comme indépendant durant plus de vingt ans. Son épouse avait ensuite repris son entreprise et il y avait travaillé comme salarié de juillet à décembre 2009, car il n'était alors pas atteint dans sa santé ; il était pleinement capable de travailler. Ensuite, outre le cancer qu'il avait subi en 2008, il avait été atteint aux deux poignets. Après l'emploi dans l'entreprise de son épouse, il avait été au chômage et n'avait plus retravaillé. S'il avait indiqué qu'il

aurait pu gagner entre CHF 6'000.- et CHF 7'000.- par mois en 2013, c'est parce qu'il avait une grande capacité de travail et qu'il avait les clients potentiels. Le recourant a également indiqué qu'il souffrait d'autres troubles que ceux touchant les poignets et le carcinome du larynx, soit des troubles anxio-dépressifs et des troubles du sommeil. Ces troubles avaient été évoqués dans le dernier rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 28 mars 2014 uniquement. Le recourant a ajouté avoir consulté le Dr H\_\_\_\_\_, qui avait constaté et diagnostiqué des vertiges, de l'anxiété et des problèmes de mémoire dus au manque de sommeil. Il avait initié un traitement sur un mois, envisageait un autre traitement s'il n'était pas efficace et, en dernier recours, de l'adresser à un psychiatre. Selon le recourant, il était incapable de travailler à 100 % en raison des vertiges. Hormis les problèmes de vertiges et d'anxiété, en raison des fourmillements dans les poignets, il dormait mal et était fatigué, de sorte que même dans une activité totalement adaptée aux troubles de ses poignets, il ne pouvait pas travailler à plus de 50 %. Enfin, il a précisé qu'il contestait non seulement le revenu sans invalidité et l'abattement sur le salaire d'invalidé, mais également la capacité de travail retenue, estimant que l'intimé n'avait pas pris en compte l'ensemble de ses troubles. Il ne contestait pas le statut de salarié.

À l'issue de l'audience, la chambre de céans a fixé un délai au recourant pour produire ses bilans et comptes de pertes et profits pour les années 1998 à 2007 et les rapports médicaux complémentaires.

19. Par pli du 20 mai 2014, le recourant a produit des lettres de recommandation de quatre de ses principaux clients, confirmant des commandes régulières de travail de peinture et de rénovation entre 2000 et 2007. Il a prétendu qu'il ne pouvait pas produire sa comptabilité pour les années 1998 à 2007, en raison d'un dégât d'eau.
20. À la demande de la chambre de céans, la caisse cantonale genevoise de compensation a transmis, en date du 4 juin 2014, les extraits de compte individuel du recourant.
21. La chambre de céans a imparti au recourant un délai pour produire notamment un rapport du Dr H\_\_\_\_\_, ainsi que les avis de taxation pour les années 1998 à 2007.
22. Le 12 août 2014, le recourant a produit un rapport établi le 22 mai 2014 par le Dr H\_\_\_\_\_. Ce médecin a expliqué avoir vu pour la première fois le recourant le 9 avril 2014. Son épouse constatait depuis environ un an des difficultés de mémoire. Dans les facteurs susceptibles d'être responsables des plaintes cognitives, le médecin relevait trois éléments : une claire déprivation de sommeil depuis deux à trois ans, une ronchopathie associée à des apnées, élément évocateur d'un syndrome d'apnées du sommeil susceptible d'interférer encore avec la qualité de la récupération durant le sommeil, et à l'anamnèse des éléments anxieux, d'angoisse avec durant la nuit, des épisodes anxieux responsables d'insomnies. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait suggéré au médecin traitant une évaluation pneumologique afin de préciser l'importance de l'éventuel syndrome d'apnées du sommeil, il lui avait laissé le soin

d'apprécier l'indication à un traitement antidépresseur anxiolytique et somnifère, respectivement une prise en charge sur le plan psychiatrique. Le recourant a ajouté qu'il avait développé une grave dépression nerveuse et suivait un traitement anxiolytique très lourd. Tant les contrôles médicaux tous les trois mois liés au risque de récurrence d'un cancer à la gorge que ses graves problèmes de santé et les difficultés à retrouver un travail en raison de son âge ne faisaient qu'aggraver son état dépressif. Enfin, le recourant a apporté des précisions quant aux salaires obtenus de 2008 à 2011.

23. Par pli du 11 août 2014, l'intimé a fait valoir que les documents produits par le recourant le 20 mai 2014 ne démontraient pas le montant du revenu qu'il invoquait entre CHF 6'000.- et CHF 7'000.- par mois en 2013. L'intimé avait retenu un statut de personne active, ce qui était avantageux pour le recourant dès lors que les revenus obtenus en tant qu'indépendant étaient inférieurs à ceux qu'il avait perçus en tant que salarié en 2009. C'était donc à juste titre qu'il convenait de se fonder sur un salaire annuel sans invalidité de CHF 74'572.-.
24. Le 3 décembre 2014, la chambre de céans a posé un certain nombre de questions au Dr D\_\_\_\_\_ s'agissant notamment des vertiges mentionnés par le recourant dans sa demande de prestations déposée le 5 juin 2013, des facteurs susceptibles d'être responsables des plaintes cognitives du recourant selon le Dr H\_\_\_\_\_, et des traitements mis en place suggérés par ce médecin.
25. Par rapport du 16 décembre 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ a expliqué que les vertiges du recourant étaient un symptôme psycho-somatique lié à son principal problème, à savoir un trouble mixte anxio-dépressif sévère. Le Dr D\_\_\_\_\_ l'avait signalé dans son courrier du 25 mai 2013, en spécifiant déjà qu'il s'agissait d'un état dépressif, accompagné de différents autres symptômes, tels que l'insomnie, la tristesse et l'angoisse. Ces troubles entraînaient une incapacité de travail totale de manière définitive. Le Dr D\_\_\_\_\_ a ajouté que suite à la consultation du Dr H\_\_\_\_\_, il n'avait pas jugé nécessaire d'effectuer des examens pneumologiques et il pensait que l'appréciation du neurologue quant aux éléments anxieux avec différents troubles physiques était la bonne. Enfin, de l'avis du Dr D\_\_\_\_\_, la dépression de son patient n'était pas améliorable, ni par un psychiatre, ni par des médicaments, qui certes le soulageraient, mais ne le guériraient pas et ne lui permettraient pas de reprendre une activité professionnelle.
26. Par pli du 15 janvier 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis du 15 janvier 2015 du SMR auquel il avait soumis les rapports du Dr H\_\_\_\_\_ (du 22 mai 2014) et du Dr D\_\_\_\_\_ (du 16 décembre 2014). Selon la docteure I\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, le Dr D\_\_\_\_\_ indiquait l'existence d'un syndrome anxio-dépressif sévère, mais c'était bien la première fois qu'il évoquait un tel diagnostic. Celui-ci serait la cause des symptômes que présentait le recourant et qui justifierait une incapacité de travail totale et définitive. D'ailleurs, le médecin traitant ne suivait pas l'avis du neurologue s'agissant des investigations d'un possible syndrome obstructif d'apnées du sommeil, ce qui étonnait le SMR. Il

en allait de même pour les propositions thérapeutiques. Selon la Dresse I\_\_\_\_\_, il s'agissait d'éléments cliniques apportés au dossier postérieurement à la décision litigieuse et ceux-ci n'étaient pas susceptibles de modifier la précédente appréciation du SMR. L'intimé a ajouté que le Dr D\_\_\_\_\_ n'avait plus revu le recourant depuis mars 2014, que les troubles anxio-dépressifs et du sommeil n'avaient été évoqués par le médecin traitant qu'en mars 2014, soit postérieurement à la décision litigieuse de sorte qu'ils ne pouvaient être pris en compte dans la présente procédure.

27. Par courrier du 19 janvier 2015, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a relevé notamment que le Dr D\_\_\_\_\_ estimait que l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ quant aux éléments anxieux rejoignait ses propres conclusions. Selon le médecin traitant, les affections psychiques entraînaient une incapacité de travail totale et n'étaient pas améliorables. Il résultait donc du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ que le recourant souffrait d'importantes affections psychiques en plus de ses troubles physiques très limitants.
28. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05), en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

b. En l'espèce, la décision litigieuse du 14 novembre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles 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).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté dans la forme prévue par la loi et déposé le 3 janvier 2014 contre la décision du 14 novembre 2013, reçue le 18 novembre 2013, est recevable compte tenu de la suspension du délai de recours du 18 décembre 2013 au 2 janvier 2014 inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité en raison de ses atteintes à la santé.
5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quart 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 (art. 28 al. 2 LAI).

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

c. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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 125 V 351 consid. 3).

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 permet 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

6. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3) ; cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).
7. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).
8. Enfin, 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).

9. a. En l'occurrence, l'intimé a retenu, dans sa décision litigieuse, que compte tenu de l'arthrose sévère du poignet bilatérale dont souffre le recourant, ce dernier est en incapacité de travail totale dans son activité habituelle, mais que sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée, ce que conteste le recourant en se fondant sur les rapports des Drs D\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_.

b. Suite à l'instruction diligentée par la chambre de céans et à la lecture des pièces versées à la procédure, la chambre de céans est d'avis que l'ensemble des atteintes à la santé dont souffre le recourant – hormis l'arthrose sévère bilatérale du poignet, le canal carpien des deux mains et le cancer des cordes vocales – n'a pas fait l'objet d'une instruction médicale.

En effet, force est de constater que tant le Dr D\_\_\_\_\_ que le Dr H\_\_\_\_\_ ont fait état du fait que le recourant souffrirait de pertes de mémoire, d'insomnies et d'anxiété (rapports des 28 mars et 16 décembre 2014 du Dr D\_\_\_\_\_, rapport du 22 mai 2014 du Dr H\_\_\_\_\_). À ces troubles s'ajoutent également des vertiges, lesquels seraient un symptôme d'un trouble mixte anxio-dépressif sévère selon le Dr D\_\_\_\_\_ (rapport du 16 décembre 2014). Selon le Dr H\_\_\_\_\_, le recourant présenterait également une ronchopathie associée à des apnées, élément évocateur d'un syndrome d'apnées du sommeil (rapport du 22 mai 2014).

L'intimé, en se référant à l'avis du SMR du 15 janvier 2015, fait valoir qu'il s'agit d'éléments cliniques apportés au dossier postérieurement à la décision litigieuse, de sorte qu'ils ne sauraient être pris en compte pour en apprécier la légalité.

La chambre de céans relèvera que si les rapports précités ont certes été établis postérieurement à la décision litigieuse, ce fait ne suffit toutefois pas encore à écarter les constats du médecin-traitant et du Dr H\_\_\_\_\_, et ce pour les raisons qui suivent.

Le Dr H\_\_\_\_\_, qui a vu le recourant le 9 avril 2014, a expliqué que l'épouse du recourant avait constaté des difficultés de mémoire de son mari depuis environ un an. Ce médecin a en outre noté que le recourant souffrait d'une claire déprivation de sommeil depuis deux à trois ans (rapport du 22 mai 2014). Par ailleurs, dans sa demande de prestations datée du 25 mai 2013, le recourant a mentionné souffrir de vertiges. Or, il résulte de l'instruction menée par la chambre de céans que ces vertiges seraient un des symptômes du trouble anxio-dépressif sévère dont souffre le recourant (rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2014). Qui plus est, il apparaît que le Dr D\_\_\_\_\_ avait, dans un courrier du 25 mai 2013 – qui n'a toutefois pas été versé à la procédure – déjà spécifié l'existence d'un état dépressif, accompagné d'insomnies, tristesse et angoisse (rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 16 décembre 2014).

Pour l'ensemble de ces motifs, la chambre de céans est d'avis que l'on ne saurait écarter les pertes de mémoire, les insomnies, l'anxiété et la ronchopathie associée à des apnées évoquées par le médecin traitant et par le Dr H\_\_\_\_\_, dès lors que plusieurs éléments au dossier permettent de retenir que ces troubles existaient déjà au moment de la décision litigieuse du 14 novembre 2013.

Cela étant, la chambre de céans ne saurait retenir, sans autre instruction, le diagnostic psychique posé par le Dr D\_\_\_\_\_, puisque ce médecin n'est pas spécialisé en psychiatrie. Qui plus est, il apparaît que des examens pneumologiques étaient nécessaires pour évaluer l'importance d'un éventuel syndrome d'apnées du sommeil (rapport du 22 mai 2014 du Dr H\_\_\_\_\_), examens qui n'ont pas eu lieu.

10. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, dès lors que celui-ci ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant une appréciation adéquate de l'ensemble des atteintes à la santé dont souffre le recourant, leurs éventuelles limitations fonctionnelles et répercussions sur sa capacité de travail, et partant, sur son degré d'invalidité.

Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès notamment d'un spécialiste en pneumologie et d'un spécialiste en psychiatrie. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise n'a été réalisée par l'intimé. En cas de nécessité, un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de l'intéressé sera également organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

11. Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.
12. Le recourant, qui est représenté et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA - E 5 10). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare recevable le recours interjeté le 3 janvier 2014 par Monsieur A\_\_\_\_\_ contre la décision de l'office de l'assurance-invalidité du 14 novembre 2013.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du 14 novembre 2013.
3. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'office de l'assurance-invalidité à verser à Monsieur A\_\_\_\_\_ la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses dépens.
5. Met un émoluments de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARECHAL

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le