

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1511/2016

ATAS/744/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 août 2017

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Suzette CHEVALIER

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1953, a travaillé en Suisse dès 1985, principalement dans le domaine du bâtiment.
2. Confronté à des problèmes lombaires, il s'est adressé à l'assurance-invalidité, qui a accepté de financer une formation d'assistant social - qui n'a pas abouti - avant de lui nier, en 1998, le droit à toute autre prestation.
3. Le 22 septembre 2006, alors qu'il travaillait comme chauffeur-livreur, l'assuré a chuté sur le dos. Il s'est annoncé à la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA), laquelle a chargé la Clinique romande de réadaptation (CRR) de procéder à un examen médical.
4. Dans leur rapport du 4 mai 2007, les docteurs B_____, spécialiste FMH en rhumatologie, C_____, spécialiste FMH en neurologie et D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont retenu les diagnostics suivants : rachialgies cervico-dorsolombaires, troubles statiques du rachis, troubles dégénératifs lombaires (discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1 et « hyperintensity zone » du disque L4-L5) et cervico-dorsaux, possible maladie hyperostose débutante, séquelles d'une atteinte radiculaire S1 gauche et d'une dystrophie rachidienne de croissance et discrète polyneuropathie diabétique.

Le Dr B_____ a considéré qu'en dépit des limitations de la mobilité cervicale, des lombalgies, des discopathies et d'un déconditionnement physique, l'assuré restait capable d'exercer sa profession de chauffeur-livreur à 100%.

Sur le plan neurologique, le Dr C_____ a relevé de discrets troubles de la sensibilité, une séquelle radiculaire S1 du côté gauche et des douleurs, dont il a précisé qu'elles étaient susceptibles d'avoir été « réactivées » par le récent traumatisme mais pour lesquelles le pronostic était favorable.

Enfin, sur le plan psychique, le Dr D_____ a fait état d'une nette tendance à la catastrophisation et aux croyances anxiogènes, comportement dont le médecin a estimé qu'il ne pouvait être associé à un diagnostic particulier. Le psychiatre a indiqué n'avoir aucune proposition thérapeutique à formuler, sous réserve de quelques entretiens destinés à moduler les croyances de l'assuré.

En définitive, les médecins de la CRR, constatant que les plaintes de l'assuré n'étaient pas corroborées par leurs constatations cliniques, lui ont reconnu une capacité de travail de 50% du 30 avril au 13 mai 2007, puis de 100% dès le 14 mai 2007 dans la profession de chauffeur-livreur.

5. Le 6 janvier 2014, après une nouvelle chute sur le dos, l'assuré a saisi à nouveau l'Office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI).
6. Le 7 janvier 2014, celui-ci l'a invité à lui transmettre tout document susceptible de démontrer une aggravation de son état de santé depuis 1998.
7. Par courrier du 7 février 2014, l'assuré a demandé à être soumis à un examen médical. Il a fait état de la chute du 26 juin 2012, de son diabète et souligné son âge (61 ans). Il a en outre produit divers bilans d'imagerie lombo-sacrée et cervicale établis les 26 juillet, 31 août et 5 novembre 2012 par le docteur E_____, radiologue.
8. Le 22 mai 2014, l'assuré a été reçu par le gestionnaire en réadaptation de l'AI. L'assuré a expliqué que s'il n'avait pas obtenu son diplôme d'assistant social en 1998, c'était parce qu'il avait investi toute son énergie dans la vie associative. Il n'avait pas travaillé du tout entre 2003 et sa brève reprise de trois mois dans le domaine du bâtiment, en 2012. Il s'estimait désormais totalement incapable de travailler. À l'issue de l'entretien, le gestionnaire a préconisé de renoncer à toute mesure de réadaptation.
9. Dans un rapport du 18 juin 2014, le Dr F_____, médecin généraliste, a retenu, à titre de diagnostics : une spondylodiscarthrose diffuse, une neuropathie et des discopathies multi-étagées. Il a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 26 juin 2012 et émis un pronostic « sombre ».
10. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a procédé à un examen rhumatologique de l'assuré le 27 novembre 2015.

Le docteur G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a retenu les diagnostics suivant : cervicalgies sur troubles dégénératifs et lombalgies sur troubles statiques et dégénératifs.

Le médecin a relaté que les cervicalgies et lombalgies de l'assuré étaient consécutives à une première chute, survenue quinze ans auparavant. Elles avaient été aggravées par une nouvelle chute en 2012. L'assuré présentait en outre une insuffisance veineuse des membres inférieurs, qui avait eu pour conséquences quatre thromboses veineuses profondes et entraînaient l'obligation de porter des bas de contention. Enfin, l'assuré se plaignait de son diabète, qui semblait mal contrôlé et le contraignait à prendre trois médicaments.

Le Dr G_____ a considéré que l'atteinte rachidienne, compatible avec l'âge de l'assuré, n'était pas grave, quand bien même elle engendrait des limitations fonctionnelles, déjà constatées en 1992. Certains signes comportementaux plaident en faveur d'une composante non organique des plaintes, mais il n'y avait pas d'exagération consciente de l'assuré, pas plus qu'une intention d'induire l'examineur en erreur.

Le Dr G_____ a considéré qu'il y avait eu péjoration sur le plan neurologique depuis 2006-2007. Il a préconisé un nouveau bilan spécialisé, vu la disparition du

réflexe achilléen et les plaintes de l'assuré (sensation de marcher sur du coton et insensibilité des pieds). Il a suggéré d'évaluer l'incapacité de travail et les limitations résultant de la polyneuropathie « importante » de l'assuré. Par ailleurs, il a fait remarquer qu'il n'y avait pas au dossier de rapport examinant la gravité de l'insuffisance veineuse des membres antérieurs, qui pouvait impliquer la nécessité de marcher pour stimuler la circulation sanguine. Enfin, il a relevé que les comorbidités de l'assuré, tout comme son âge et sa longue période d'inactivité professionnelle, pouvaient jouer un rôle dans son « employabilité ».

L'examineur a conclu que, sur le plan strictement rhumatologique, l'assuré disposait, depuis mai 2007, d'une capacité de travail de 0% dans l'activité antérieure d'aide-maçon, mais de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg, les positions en porte-à-faux, les montées répétées d'escaliers, les flexions-extensions et rotations répétées, ainsi que les activités exercées bras au-dessus de la tête.

Le Dr G_____ a souligné que cette appréciation pouvait être nuancée « en termes de temps de travail ou de rendement », eu égard aux atteintes neurologiques et angiologiques de l'assuré, qui justifiaient à son sens des investigations complémentaires.

11. Le 10 février 2016, le SMR s'est rallié aux conclusions du Dr G_____, tout en précisant que le médecin traitant de l'assuré n'avait pas fait état d'atteintes autres que rachidiennes susceptibles d'entraver la capacité de travail, telles qu'une polyneuropathie diabétique ou une insuffisance veineuse.
12. Par décision du 7 avril 2016, reçue le 12 avril 2016, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation, motif pris d'un degré d'invalidité insuffisant.
13. Par acte du 11 mai 2016, l'assuré a saisi la Cour de céans d'un recours concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition de ses médecins et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 7 février 2013.

Le recourant relève que son médecin traitant a fait état de troubles psychiatriques qu'il reproche à l'intimé de n'avoir pas investigués.

Il fait également grief à l'intimé de n'avoir pas tenu compte de la neuropathie et l'insuffisance veineuse, en dépit des recommandations du Dr G_____.

Le recourant ajoute qu'il ne peut s'imaginer travailler, vu ses multiples atteintes (douleurs lombaires et discales, diabète, hypertension, dépression et thrombose).

À l'appui de son recours, il produit notamment :

- un rapport établi le 31 mars 2016 par le Dr F_____, attestant qu'il souffre de multiples problèmes médicaux – syndrome sacrolombaire et cervical, arthrose, thrombose des jambes et des hanches, diabète de type II, hypertension artérielle,

hypercholestérolémie – qui, associés à une dépression nerveuse grave, à des insomnies, à une fatigabilité, à des crises sporadiques de spasmodie et à son âge (63 ans), le rendent inapte à toute activité professionnelle ;

- un rapport du docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, daté du 3 mai 2016, faisant état de douleurs, d'une thrombose veineuse et d'un œdème, dont il estime qu'ils n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée à 90%, voire 100%, moyennant le port d'une contention élastique.

14. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 23 juin 2016, a conclu au rejet du recours.

L'intimé considère que l'examen du SMR est probant et que les rapports des médecins traitants ne permettent pas de s'en écarter. Il observe en particulier que le Dr H_____ atteste d'une capacité de travail entière sur le plan angiologique.

Quant aux troubles psychiques, l'intimé constate qu'ils ne sont pas étayés par le rapport d'un spécialiste.

15. Une audience de comparution personnelle et d'enquêtes s'est tenue le 13 octobre 2016.

Entendue en qualité de témoin, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expliqué que l'assuré l'avait consultée entre le 24 mars et le 12 mai 2016 pour un épisode dépressif, dans le cadre d'un conflit de couple, avant de mettre fin au suivi.

Elle a indiqué avoir constaté, durant ses entretiens avec l'assuré, de nombreux symptômes dépressifs (tristesse, désespoir, anhédonie, plaisir diminué et fréquents sanglots). L'assuré lui a fait part de son irritabilité et a dit craindre de commettre des gestes violents envers sa famille. Il s'est également plaint de troubles du sommeil et d'idées noires, précisant que sa seule raison de vivre était sa petite-fille.

Le témoin a précisé avoir formellement diagnostiqué un épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques, et avoir prescrit à l'assuré du Cypralex (à la dose maximale) et du Xanax. Cette médication a permis une légère amélioration, mais l'interruption du suivi a empêché d'augmenter les doses de Xanax.

La Dresse I_____ a relevé qu'il lui était difficile de situer le début de l'état dépressif : l'assuré lui avait indiqué être déprimé depuis une dizaine d'années ; ses symptômes s'étaient vraisemblablement aggravés pour atteindre un degré sévère environ une année après la première consultation. À l'époque, elle avait effectivement conclu à une capacité de travail diminuée, mais temporairement, le temps de l'épisode dépressif.

16. Entendu à son tour, le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui suit l'assuré depuis le 10 août 2016 et le reçoit à raison d'une fois toutes les deux semaines, a exposé que lorsque l'intéressé l'avait consulté, sa situation était déjà bien installée, depuis plusieurs mois, voire un ou deux ans.

Il avait modifié le traitement médicamenteux, car de nombreux symptômes dépressifs persistaient ; cela avait permis une certaine amélioration, mais il fallait du temps pour que le nouveau traitement agisse.

Le témoin a indiqué avoir pour sa part observé chez l'assuré une irritabilité, une nervosité, un épuisement, une peur de l'avenir, ainsi qu'une perte d'élan vital, de confiance et d'espoir. Il a qualifié la gravité de l'état dépressif et la compliance de moyennes, précisant que l'assuré ne semblait ne pas avoir beaucoup d'espoir dans son traitement et n'acceptait que difficilement une aide qu'il avait pour habitude d'apporter auparavant aux autres. S'agissant du pronostic, le médecin a indiqué espérer une amélioration ; la situation de l'assuré restait néanmoins difficile : il ne retrouverait pas facilement sa confiance et son estime de soi. Alors qu'il s'estimait auparavant valorisé par sa communauté, il ressentait désormais un sentiment d'inutilité et d'échec.

Le Dr J_____ a indiqué qu'en l'état actuel des choses, l'assuré ne lui paraissait pas capable de travailler, même à temps partiel ; une amélioration restait cependant possible à moyen terme.

Enfin, il s'est dit surpris que la Dresse I_____ ait évoqué un épisode temporaire de dépression. Pour sa part, il n'est pas étonné que la situation perdure, vu les circonstances.

17. Sur questions de la Chambre de céans, le Dr F_____ a confirmé, par courrier du 4 novembre 2016, que l'assuré souffrait toujours d'un syndrome cervico-sacro-lombaire, d'une sciatalgie bilatérale, d'une arthrose, d'une thrombose, d'un diabète et d'une hypertension. Il présentait également divers symptômes témoignant d'une dépression importante.

Le médecin a réitéré que l'assuré devait être considéré comme inapte à toute activité professionnelle, vu sa santé mentale, son instabilité, son âge et son retrait social.

18. Par écriture du 21 décembre 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours.

L'OAI fait valoir que l'état dépressif du recourant est survenu au plus tôt au printemps 2016, selon ses psychiatres, de sorte qu'au moment de la décision litigieuse, en avril 2016, cette atteinte avait duré moins d'un an.

L'intimé ajoute que l'état dépressif n'est pas encore stabilisé et que son pronostic est bon. Il en déduit que le droit à la rente doit s'examiner à l'aune des seules atteintes somatiques.

19. Par écriture du 13 janvier 2017, le recourant a également persisté dans ses conclusions.

Il précise avoir consulté la Dresse K_____, psychiatre, en 2009, et Madame L_____, psychologue, en 2014.

Il s'estime incapable de la moindre activité et souligne qu'il atteindra prochainement l'âge de la retraite.

20. Cette écriture transmise à l'intimé, 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 - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.
5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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-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.

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, 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. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, l'assuré n'a droit à l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) – Commentaire thématique, 2011, n°2187 ss).

6. 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^{er} janvier 2008).

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).

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 des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

7. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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 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. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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.

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. On ne saurait en revanche leur dénier 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

8. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). Le devoir

d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1).

Lorsque le Tribunal cantonal des assurances constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

Enfin, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

9. À titre liminaire, il convient de rappeler que l'OAI a rendu une première décision de refus de rente en 1998, après avoir accordé à l'assuré un reclassement professionnel comme assistant social. L'assuré ayant échoué à ses examens finaux, il n'a toutefois pu obtenir le diplôme correspondant.

En 2006, l'assuré s'est adressé à la SUVA après avoir chuté sur le dos. Un rapport d'examen rhumatologique, psychiatrique et neurologique a été rendu par la CRR le 4 mai 2007. Les médecins de la CRR, considérant en substance que les plaintes de l'assuré n'étaient pas corroborées par leurs constatations cliniques, ont conclu à une capacité de travail entière dans la profession de chauffeur-livreur, que l'assuré exerçait à l'époque.

Dans la décision attaquée, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré en se fondant sur le rapport d'examen du Dr G_____, médecin au SMR. Dans son rapport du 27 novembre 2015, ce praticien a considéré que, sur le plan strictement rhumatologique, les atteintes de l'assuré justifiaient une incapacité de travail totale dans la dernière profession exercée d'aide-maçon. En revanche, elles

n'empêchaient pas l'exercice d'une activité adaptée à 100%, moyennant le respect de diverses limitations fonctionnelles.

10. En l'espèce, il est établi que la capacité de travail de l'assuré est nulle dans son activité antérieure d'aide-maçon. Ce point n'est pas litigieux.

En revanche, le recourant conteste la capacité de travail de 100% retenue dans une activité adaptée. Il reproche à l'intimé une instruction lacunaire de son dossier, notamment sous l'angle psychiatrique, angiologique et neurologique, et se prévaut des avis émis par son médecin généraliste et ses psychiatres, qui le jugent incapable d'exercer toute activité professionnelle.

Pour sa part, l'intimé considère que le droit à la rente doit s'examiner uniquement sous l'angle rhumatologique. Il fait valoir qu'à la date de la décision litigieuse, l'état dépressif invoqué datait de moins d'une année et faisait l'objet d'un bon pronostic. Quant au Dr H_____, il a attesté d'une capacité de travail entière sur le plan angiologique.

11. Contrairement à ce qu'il soutient, on ne saurait considérer que l'intimé a satisfait à son devoir d'instruction d'office (art. 43 al. 1 LPGA) en limitant la portée de ses investigations médicales au seul volet rhumatologique.

En effet, l'examineur du SMR a précisé que son appréciation de la capacité de travail « [pouvait] être nuancé[e] en termes de temps de travail ou de rendement », dès lors que l'état de santé de l'assuré semblait s'être aggravé sur le plan neurologique depuis l'examen de la CRR, ceci probablement en raison de la polyneuropathie diabétique « importante » dont souffrait l'intéressé. Divers symptômes témoignaient d'une telle aggravation, notamment une disparition du réflexe achilléen, des troubles de la sensibilité vibratoire, posturale et thermique, ainsi qu'une insensibilité des pieds aux blessures. L'examineur a souligné qu'un nouveau bilan neurologique était nécessaire pour déterminer les limitations fonctionnelles engendrées par la polyneuropathie et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail. Il a également suggéré à l'OAI d'obtenir un rapport auprès de la diabétologue de l'assuré.

L'intimé a toutefois renoncé à mettre en œuvre ces mesures d'instruction, motif pris que le médecin traitant de l'assuré n'avait pas expressément indiqué qu'une polyneuropathie diabétique était susceptible de restreindre la capacité de travail de l'assuré (cf. avis du SMR du 10 février 2016).

Il est regrettable que l'intimé, en dépit des hésitations formulées par le Dr G_____ quant à d'éventuelles répercussions de la polyneuropathie sur la capacité de travail, n'ait pas invité le médecin traitant à le renseigner à ce sujet. Il s'agit précisément d'une lacune de l'instruction, dont l'intimé ne saurait tirer argument. En outre, il paraît paradoxal de soutenir que des investigations neurologiques complémentaires sont inutiles, alors que l'examineur du SMR les a justement recommandées, explications détaillées à l'appui.

À cela s'ajoute que le recourant souffre depuis plusieurs années d'un état dépressif, dont la psychiatre I_____ a précisé qu'il était probablement sévère depuis une année lorsque l'intéressé l'a consultée, en mars 2016. Elle a fait état d'une incapacité de travail totale, conclusion à laquelle le Dr J_____ s'est rallié. Dès lors, force est d'admettre que l'intimé ne pouvait non plus se dispenser d'instruire la cause sous l'angle psychiatrique, d'autant moins que l'examen réalisé par la CRR en 2007 se prononçait sur ce volet.

En l'absence d'instruction suffisante – tant sur le plan neurologique que psychiatrique –, la Chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour statuer sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Cela suffit en soi pour admettre partiellement le recours, annuler la décision litigieuse et renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle procède à une instruction complémentaire.

Toutefois, dans le cas particulier, la Cour renoncera à ordonner un tel renvoi, dès lors que, pour les motifs exposés ci-dessous, il est établi que l'assuré peut quoi qu'il en soit prétendre une rente entière d'invalidité.

12. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293).

Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).

Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est

exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). Si on ne peut pas attendre d'un assuré proche de l'âge de la retraite qu'il reprenne une activité adaptée, le degré d'invalidité doit être déterminé en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité qu'il exerçait avant la survenance de son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.3 et 5.4).

13. En l'espèce, comme on l'a vu, le dossier ne permet pas de déterminer si l'exercice d'une activité lucrative est médicalement exigible du recourant et à quel taux. Si un complément d'instruction était ordonné, les rapports permettant de se déterminer de manière fiable ne pourraient vraisemblablement être obtenus qu'au début de l'année 2018 et ce n'est qu'alors qu'une nouvelle décision pourrait être rendue par l'intimé.

À ce moment-là, l'assuré ne sera qu'à trois mois de l'âge ouvrant droit à une rente de vieillesse de l'AVS (cf. art. 21 al. 1 let. b LAVS), soit sensiblement au-delà de l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (cf. ATF 138 V 457 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 et 9C_437/2008 du 19 mai 2009 consid. 4 et les références).

Dans le cas concret, on ne voit pas quel employeur consentirait à l'engager, ne serait-ce qu'au regard du temps qu'il faudrait pour lui dispenser un minimum de formation dans un emploi dont la durée serait d'emblée limitée. La perspective d'un engagement - dans une activité qui reste au demeurant à identifier - paraît d'autant plus théorique que l'assuré n'a pas achevé de formation professionnelle en Suisse et qu'il souffre de nombreuses limitations fonctionnelles et psychiques, certifiées tant par le Dr G_____ que par ses médecins.

Dès lors, compte tenu de sa situation personnelle et professionnelle, force est d'admettre que le recourant n'a aucune chance de retrouver un emploi, même sur un marché du travail équilibré. Étant donné qu'il ne peut plus exploiter économiquement son hypothétique capacité résiduelle de travail, une invalidité totale doit lui être reconnue.

Partant, le recourant peut prétendre une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014, six mois après le dépôt de sa demande. Sa demande étant tardive, le droit à la rente ne saurait naître antérieurement (art. 29 al. 1 LAI ; cf. supra consid. 5). Pour le reste, on précisera qu'au 1^{er} juillet 2014, cela faisait plus d'une année qu'il présentait une incapacité de travail totale dans sa dernière activité professionnelle (art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 3 LAI).

14. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse annulée.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG, art. 89H

al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ;
RS E 5 10 - art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en
procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

Enfin, la procédure étant soumise à des frais de justice, un émolument de
CHF 500.- sera mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 7 avril 2016.
3. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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