

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1634/2017

ATAS/1096/2017

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 5 décembre 2017**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié ASSOCIATION B\_\_\_\_\_;  
GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de  
Maître Pierre-Bernard PETITAT

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1975, a effectué un apprentissage de cuisinier. Il a par la suite travaillé en qualité d'électricien et a été employé en tant qu'intérimaire dans ce domaine dès 2010.
2. Le 22 juin 2012, la doctoresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a relevé que l'assuré présentait une gonalgie progressive à droite, apparue une semaine avant la consultation avec progressivement une tuméfaction, une chaleur et une rougeur. Le bilan clinique confirmait la présence d'un épanchement, ainsi qu'une tuméfaction, une fémoro-patellaire douloureuse et un testing méniscal négatif. Les radiographies montraient quelques calcifications au niveau du compartiment interne, pouvant évoquer une chondrocalcinose. Une infiltration avait été pratiquée et la situation semblait s'améliorer lentement. Néanmoins, un bilan rhumatologique était souhaitable au vu de l'âge de l'assuré et d'une arthrite probablement micro cristalline inaugurale.
3. La doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé le diagnostic de monoarthrite du genou droit dans son rapport du 11 juillet 2012. Une infiltration intra-articulaire de corticostéroïdes avait amené une nette diminution des douleurs. L'examen clinique montrait au niveau du genou droit la persistance d'un discret épanchement intra-articulaire, entraînant une petite limitation de la flexion. Le bilan sanguin révélait la persistance d'un discret syndrome inflammatoire et une perturbation des tests hépatiques dans le contexte d'une hépatite C chronique et d'une hyperuricémie. L'assuré présentait depuis 2006 une infection VIH (virus d'immunodéficience humaine) et suivait une trithérapie. Le diagnostic différentiel restait donc ouvert entre une arthrite VIH et une arthrite goutteuse, chez un patient ayant une importante consommation quotidienne de bière. L'anamnèse et l'examen clinique n'apportaient pas d'argument en faveur d'une spondylarthropathie débutante.
4. Dans un rapport du 27 juillet 2012, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 11 juin 2012, le diagnostic étant celui de monoarthrite du genou droit.
5. Une IRM du genou droit, réalisée le 3 août 2012, a révélé une méniscopathie dégénérative de la corne postérieure du ménisque interne, une chondropathie rotulienne sur son versant paracentral externe ainsi qu'au niveau de sa facette interne, un très petit kyste poplité signe de rupture du kyste, un petit kyste de l'échancrure inter-condylienne, et une petite bursite en regard du tendon du biceps fémoral.
6. Le 21 août 2012, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie a adressé un formulaire de détection précoce à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), signalant une incapacité de travail complète de l'assuré depuis le 16 juin 2012.

7. Le 28 septembre 2012, les médecins du service de dermatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont diagnostiqué un angiosarcome de Kaposi disséminé lié au VIH. Les comorbidités étaient une infection VIH connue depuis mars 2006, une hépatite C chronique et un alcoolisme chronique. L'assuré avait arrêté sa trithérapie depuis plus d'un an. Il avait consulté les dermatologues en raison de l'apparition brusque deux semaines auparavant d'une lésion du 3<sup>ème</sup> orteil du pied gauche, douloureuse, liée à l'angiosarcome de Kaposi. La reprise de la trithérapie était impérative.
8. Lors de l'entretien du 29 octobre 2012 avec l'OAI, l'assuré a évoqué des problèmes au genou, qui enflait et devenait douloureux au moindre effort. Il avait subi quatre ponctions. Il avait également eu une hépatite C en 2010. Il venait de reprendre un traitement médical, et il était fatigué. Il souhaitait poursuivre son activité dans le domaine de l'électricité.
9. Le 5 novembre 2012, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'OAI.
10. Dans le questionnaire rempli le 22 novembre 2012, l'employeur a indiqué que le salaire horaire de l'assuré, indemnités pour vacances, jours fériés et 13<sup>ème</sup> salaire incluses, s'élevait à CHF 30.16 en 2012.
11. Dans un rapport du 14 décembre 2012, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'infection VIH depuis 2006. Il a également mentionné l'apparition d'un angiosarcome de Kaposi. Il a en outre fait état d'une monoarthrite du genou droit, sans incidence sur la capacité de travail. Une tuméfaction du 3<sup>ème</sup> orteil gauche rendait le port de chaussures de sécurité impossible, et la marche était douloureuse. L'assuré présentait également une asthénie. Le pronostic était mauvais. L'incapacité de travail était totale depuis le 25 juin 2012.
12. Le 19 décembre 2012, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin auprès du service des maladies infectieuses des HUG, a posé les diagnostics de syndrome de Kaposi, avec effet sur la capacité de travail, et d'infection VIH, sans incidence sur la capacité de travail. L'évolution était favorable sous antirétroviraux. L'assuré présentait des lésions douloureuses au niveau des membres inférieurs. Le pronostic était favorable en cas de reconstitution immunitaire. Il existait des limitations fonctionnelles des membres inférieurs. La reprise du travail dépendait de la réponse au traitement. Le syndrome de Kaposi entraînait une incapacité de travail mais une activité adaptée était actuellement exigible à 50 %. Les activités uniquement debout, exercées principalement en marchant, à genoux ou accroupi étaient exclues, de même que le port de charge et le travail sur des échelles ou des échafaudages
13. L'OAI a eu un entretien téléphonique avec l'assuré en date du 21 mai 2013. Dans son rapport établi le 1<sup>er</sup> juillet suivant, il a noté que l'assuré subissait régulièrement un traitement à l'azote de lésions sur le corps, extrêmement douloureux et invalidant durant quelques jours. Compte tenu de son état de fatigue, il ne pensait pas être en mesure d'exercer une activité lucrative, et des cours ne lui seraient pas

forcément utiles puisqu'il espérait pouvoir mettre à profit l'expérience acquise dans le domaine de l'électricité. Il ne voulait pas entamer un processus de validation des acquis. Une fois le syndrome de Kaposi traité, il devrait soigner son hépatite C. Son foie était très atteint. Malgré ce problème, il ne parvenait pas à arrêter de boire, consommant 6 à 7 litres de bière par jour. Au vu de sa dépendance à l'alcool, il considérait qu'un poste de surveillant des écoles, qu'il avait envisagé durant un temps, ne convenait pas. L'OAI a noté que les documents médicaux en sa possession ne permettaient pas d'admettre qu'un droit à des mesures d'ordre professionnel ou à une orientation professionnelle était ouvert.

14. Le 5 juillet 2013, l'OAI a communiqué à l'assuré que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.
15. Dans son rapport du 5 juillet 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'était entretenu avec le Dr G\_\_\_\_\_ au sujet de l'assuré. Lors de cet entretien téléphonique, les deux médecins avaient convenu que la capacité de travail était nulle et une activité plus adaptée n'était pour l'heure pas envisageable. L'assuré présentait des lésions aux pieds et aux membres inférieurs qui l'empêchaient de se chausser d'une manière adéquate pour son travail, et suivait un traitement entraînant une fatigue extrême.
16. Dans un rapport établi le 9 septembre 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a qualifié l'état de l'assuré de stationnaire.
17. Dans leur rapport du 12 septembre 2013, des médecins du service de dermatologie des HUG ont posé les diagnostics d'eczéma folliculaire du tronc et de Kaposi SIDA cutané avec poussée lymphœdémateuse du membre inférieur droit, en rappelant les comorbidités déjà signalées en septembre 2012. En juillet 2013, l'assuré avait bénéficié d'une excision fusiforme au niveau du genou droit et d'une injection au 3<sup>ème</sup> orteil du pied gauche pour son angiosarcome de Kaposi. Les médecins constataient des lésions érythémateuses périfolliculaires sur le dos et sur les bras avec xérose cutanée, et une jambe gauche plus œdématiée par rapport à la jambe droite, sans chaleur ni érythème.
18. Le 4 octobre 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics d'infection VIH, de syndrome de Kaposi avec nombreuses lésions, et d'hépatite C chronique. L'assuré se plaignait d'asthénie, de douleurs du genou droit et d'œdème du membre inférieur droit après l'excision des lésions. Il marchait avec une canne. Ces troubles étaient objectivés. En 2013, les lésions de Kaposi « sortaient de partout ». L'état était stationnaire depuis septembre 2013. La capacité de travail était nulle. Aucune autre activité n'était exigible.
19. Le 6 janvier 2014, la docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué que le diagnostic avec effet sur la capacité de travail était celui d'angiosarcome de Kaposi disséminé lié à l'infection VIH, avec persistance d'une lésion handicapante au genou droit, justifiant le recours à deux cannes pour

marcher. Le pronostic dépendait de la réponse et de la tolérance au traitement instauré.

20. Le 5 février 2014, un médecin des HUG a signalé une dégradation de l'état de santé de l'assuré, liée à l'aggravation de la chondropathie du genou droit. Les douleurs apparaissaient après une demi-heure de marche. Sur le plan du VIH, l'assuré était stabilisé et le virus était indétectable depuis mai 2013. La capacité de travail était nulle en tant qu'électricien et complète dans une activité adaptée du secteur tertiaire mais devait être examinée avec le rhumatologue traitant. Un traitement de l'hépatite devait être mis en place en fonction des résultats des investigations en cours.
21. Dans son rapport du 15 mai 2014, la Dresse H\_\_\_\_\_ a qualifié l'état de l'assuré de stationnaire. Elle a fait état, en sus du syndrome de Kaposi, de l'infection VIH et de l'hépatite C, de limitations de la marche en raison des troubles du genou droit ainsi que d'une consommation d'alcool à risque. La capacité de travail restait nulle et la reprise du travail devrait être réévaluée. Le pronostic était médiocre malgré une compliance optimale.
22. Le 22 octobre 2014, la Dresse H\_\_\_\_\_ a en substance confirmé la teneur de ses précédents rapports. Les gonalgies droites étaient imputables tant à la lésion méniscale qu'au statut post syndrome de Kaposi.
23. Dans son rapport du 7 mai 2015, la Dresse H\_\_\_\_\_ a indiqué que les douleurs du genou droit persistaient. Elles avaient une incidence sur la capacité de travail, à l'instar de l'asthénie. L'assuré souffrait également d'un prurigo chronique invalidant, dont la récente exacerbation avait aggravé son état de santé. La capacité de travail restait nulle en raison des douleurs chroniques du genou droit et du contexte médico-social global chargé. Le pronostic de la reprise du travail était réservé. L'assuré souhaitait une activité de type gardien ou surveillant à temps partiel, qui devait être réévaluée.
24. Le 9 juin 2015, l'assuré a consulté la docteure I\_\_\_\_\_, médecin au service de rhumatologie des HUG. Cette dernière a conclu à un status évocateur d'une atteinte méniscale droite, pour laquelle elle prescrivait des séances de physiothérapie.
25. Le 23 septembre 2015, la Dresse H\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI confirmant les diagnostics de douleurs du genou droit, d'asthénie en lien avec l'infection VIH et l'hépatite C chronique, et de consommation à risque d'alcool.
26. Selon le rapport établi par la Dresse H\_\_\_\_\_ en date du 4 avril 2016, l'état de l'assuré était stationnaire. Des investigations étaient en cours pour le problème hépatique. Les limitations fonctionnelles observées étaient une fatigabilité, des troubles de la concentration, une limitation de la flexion du genou droit et des douleurs lors de la station debout prolongée. La capacité de travail était nulle en tant qu'électricien, et à réévaluer dans une activité adaptée. Cette praticienne considérait qu'une reprise du travail était envisageable, d'abord à temps partiel, puis en fonction de l'évolution de l'état de santé.

27. Le 14 septembre 2016, la Dresse H\_\_\_\_\_ a rapporté que l'état de l'assuré était stationnaire. La physiothérapie se poursuivait. La reprise du travail pourrait éventuellement se faire à 50 % dans un autre métier, en fonction de la capacité d'adaptation de l'assuré. Un examen médical était souhaitable afin d'évaluer un projet de réadaptation professionnelle.
28. Le 22 août 2016, les médecins du service de rhumatologie des HUG ont signalé que le traitement de l'assuré était terminé. Les diagnostics étaient ceux de chondropathie patellaire et de chondrocalcinose radiologique du ménisque interne du genou droit. Les symptômes restaient identiques : gonalgies droites mécaniques à prédominance vespérale, accentuées lors du port de charges et cédant au repos et à la glace. À l'examen clinique, on ne détectait pas de synovite des genoux mais il existait une tuméfaction de la face interne du genou droit. Il y avait une calcification du ménisque interne droit. La présence de calcifications au sein du ménisque interne n'était pas diagnostique d'une pseudogoutte, qui n'expliquerait de toute façon pas les douleurs mécaniques. Le traitement de physiothérapie était reconduit.
29. Dans son avis du 1<sup>er</sup> février 2017, la doctoresse J\_\_\_\_\_, médecin au service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges, pas de marche prolongée ou en terrain irrégulier, pas de position à genoux, accroupi, pas de position statique prolongée, impossibilité de porter des chaussures de sécurité, pas de montées répétées des escaliers, ni de travail sur des échelles et des échafaudages. Une activité sédentaire ou semi-sédentaire devait être privilégiée. Ce médecin a notamment relevé que l'asthénie signalée par le médecin traitant de l'assuré n'était pas diagnostiquée par les infectiologues, qui avaient admis une capacité de travail de 50 % dès décembre 2012. Le SMR pouvait suivre les conclusions de ces spécialistes, la Dresse H\_\_\_\_\_ n'apportant pas d'éléments supplémentaires ou contradictoires. Selon toute vraisemblance, l'assuré avait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée dès décembre 2012, puis complète dès mai 2013.
30. Le 13 février 2017, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assuré. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012, TA1\_tirage\_skill\_level, Ligne Total, niveau 4), soit CHF 5'201.-. Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures et indexé à 2013, le revenu annuel était de CHF 65'654.- à 100 % et de CHF 59'088.- en tenant compte d'un abattement de 10 %. Le revenu sans atteinte à la santé était de CHF 57'097.- en 2011 et de 58'787.- après indexation. La comparaison de ces revenus aboutissait à un taux d'invalidité nul. Au sujet du revenu sans invalidité, l'OAI a précisé qu'il correspondait au salaire brut de CHF 57'907.- en 2012 (CHF 30.16 par heure, montant multiplié par 40 heures hebdomadaires et 48 semaines), indexé à 2013.

31. L'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré en date du 13 février 2017, refusant l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles, ces dernières n'étant pas de nature à améliorer sa capacité de gain. L'OAI a retenu une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle, mais complète dans une activité adaptée depuis mai 2016. Dès cette date, le degré d'invalidité était nul, conformément au calcul d'invalidité du 13 février 2017, que l'OAI a repris.
32. Le 9 mars 2017, l'assuré a contesté le projet de décision précité.
33. Par courrier du 27 mars 2017 à l'OAI, l'assuré a exposé que les limitations fonctionnelles qu'il subissait ne lui permettaient pas de reprendre une activité en décembre 2012. Au vu de la nature et de l'ampleur de ses atteintes, propres à causer des limitations importantes, le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain était établi. Compte tenu de son incapacité de travail totale, l'assuré sollicitait l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
34. Par décision du 29 mars 2017, l'OAI a corrigé les termes de son projet, en précisant qu'une erreur de plume s'y était glissée et que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le mois de mai de l'année 2013, et non 2016.
35. Le 6 mai 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a conclu à son annulation et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'assurance-invalidité et à une rente entière de l'assurance-invalidité.

Il a rappelé le contenu des rapports médicaux établis à son sujet. Il a répété que ses limitations fonctionnelles ne lui avaient pas permis de reprendre son activité habituelle d'électricien, ni une autre activité professionnelle. Or, l'intimé tenait compte d'une capacité de travail entière dès le mois de mai 2013, sans prendre en considération l'opération du 30 juillet 2013 et l'utilisation de cannes pour la marche jusqu'à début janvier 2014. Il a allégué que la décision de l'intimé était erronée, puisqu'elle retenait une capacité de travail entière dès mai 2013 et non dès mai 2016, et ne suivait ainsi pas le projet de décision. De plus, son incapacité de travail totale perdurait. Son état n'avait pas fait l'objet d'une expertise, alors même que la Dresse H\_\_\_\_\_ avait préconisé un tel examen pour l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle. Le SMR n'avait ainsi pas tenu compte de tous les éléments utiles.

À l'appui de son écriture, le recourant a notamment produit un courrier établi le 29 mars 2017 par la Dresse H\_\_\_\_\_. Ce médecin y a rappelé que la reprise du traitement contre le VIH avait été favorable sur les lésions de Kaposi, mais que des douleurs du genou droit persistaient. En raison d'une hépatopathie chronique, le recourant ne pouvait pas prendre de traitements chroniques pour les douleurs. Il était donc très gêné au quotidien par son problème de genou droit. Par ailleurs, il souffrait d'une asthénie chronique en lien avec son infection et son traitement lourd, une quadrithérapie étant en cours avec des effets indésirables comme des diarrhées. L'hépatite C chronique contribuait à aggraver son état général. De plus, le recourant avait présenté un problème cutané avec d'importantes démangeaisons de type eczéma dès l'été 2012. Il tentait en outre de juguler sa consommation

excessive d'alcool. Sa capacité de travail était nulle depuis 2012. En décembre 2012, le recourant était toujours en traitement pour son sarcome de Kaposi, et il avait subi une intervention au genou droit et une injection au pied gauche en juillet 2013. Il avait dû marcher avec des cannes jusqu'à début janvier 2014. Sa capacité de travail restait nulle quelle que soit l'activité envisagée. L'activité de monteur électricien n'était plus envisageable, mais il pourrait bénéficier d'une reconversion professionnelle. En raison des différents problèmes de santé et des répercussions des traitements sur son état général, et de la problématique psycho-sociale, le rendement du recourant était limité dans toute activité. Une activité adaptée n'aurait de toute façon pas été possible avant janvier 2016.

36. Par décision du 8 mai 2017, la Vice-Présidente du Tribunal civil a octroyé l'assistance juridique au recourant.
37. Dans sa réponse du 1<sup>er</sup> juin 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a noté que l'intervention de juillet 2013 consistait en une seule excision. L'infectiologue avait attesté d'une amélioration en mai 2013, avec une virémie indétectable, et d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée à cette date. S'agissant du rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_, évoquant une capacité de gain nulle en tout cas jusqu'à juillet 2013, il n'avait pas d'incidence puisque le délai de carence d'une année n'était de toute façon pas échu à cette date. Ainsi, la capacité de travail avait été nulle durant moins d'une année et elle était actuellement de 50 % dans une activité adaptée (*sic*).
38. Par réplique du 1<sup>er</sup> juillet 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a affirmé que l'intervention subie en juillet 2013 avait été lourde et n'était pas qu'une simple excision. De plus, l'intimé ne tenait pas compte de l'ensemble de ses atteintes et des complications qui en avaient résulté. Pour le surplus, il a repris les arguments déjà développés dans son recours.
39. Dans sa duplique du 18 juillet 2017, l'intimé a exposé qu'il ne pouvait « que confirmer avoir estimé [la capacité de travail dans une activité adaptée] à 50 % dès le mois de mai 2013 ». L'intervention chirurgicale et le déplacement à l'aide de béquilles ne permettaient pas d'inférer une autre conclusion quant à la capacité de travail. La mise en œuvre d'une expertise n'était en outre pas un moyen adéquat, s'agissant d'une controverse sur la fin de la capacité de travail. Au vu du degré d'invalidité nul, l'octroi éventuel de mesures de reclassement n'avait pas été étudié plus avant.
40. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant en date du 26 juillet 2017.
41. Sur ce, 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) 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

On notera en particulier que les conclusions du demandeur doivent être comprises comme visant la condamnation de l'intimé au versement de prestations d'invalidité, et non la simple constatation de son droit à ces prestations. Il s'agit ainsi bien de conclusions de nature formatrice et non constatatoire, de sorte qu'elles sont recevables (cf. ATF 129 V 289 consid. 2.1).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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. 28 al. 2 LAI).

L'invalidité est une notion économique et non médicale, et 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.
7.
  - a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).
  - b. 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 LPGGA), 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 convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. En l'espèce, on notera en préambule que la position de l'intimé est pour le moins équivoque, puisqu'il a affirmé dans les écritures versées dans le cadre de la présente procédure que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %, alors que le calcul d'invalidité consacré dans sa décision repose sur une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Malgré cette contradiction, c'est la validité de cette dernière prémisse qui doit être examinée dans le cadre de la présente procédure, dès lors que l'objet du recours est la décision, et en particulier son dispositif (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 512/00 du 15 mars 2001 consid. 1a).

Force est de constater qu'il n'existe au dossier aucun rapport médical propre à étayer la position de l'intimé qui satisfasse pleinement aux exigences dégagées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, aucun de ces documents ne contient tous les éléments formels nécessaires. En particulier, les estimations de la capacité de travail qu'ils contiennent ne sont guère motivées.

S'agissant du rapport du SMR du 1<sup>er</sup> février 2017, on rappellera en préambule qu'un tel rapport ne constitue pas un examen médical sur la personne de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), mais un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI. De tels rapports ne se fondent pas sur des examens médicaux effectués par le SMR lui-même, mais contiennent les résultats de l'examen des conditions médicales du droit aux prestations et une

---

recommandation, sous l'angle médical, concernant la suite à donner à la demande de prestations. Ils ont de ce fait une autre fonction que les expertises médicales au sens de l'art. 44 LPGA. Ils 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\_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références). Malgré les exigences formelles réduites en lien avec les rapports du SMR, l'avis de la Dresse J\_\_\_\_\_ ne suffit pas non plus à sceller le sort du litige. D'une part, ce médecin fait état d'une capacité entière dans une activité adaptée « selon toute vraisemblance ». Or, dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_608/2010 du 10 mars 2011 consid. 4.1). D'autre part, ses conclusions admettant une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès mai 2013 se fondent sur les indications du Dr G\_\_\_\_\_ et sur le fait que la virémie n'était plus détectable à cette date. Le médecin du SMR écarte l'asthénie rapportée par le médecin traitant du recourant au motif qu'elle n'aurait pas été diagnostiquée par les infectiologues. Cependant, le Dr G\_\_\_\_\_ s'est essentiellement prononcé sur l'atteinte VIH et n'a donc pas tenu compte de l'état de santé du recourant dans sa globalité dans son rapport du 19 décembre 2012. Le fait qu'il n'y mentionne pas l'asthénie ne suffit donc pas à exclure ce diagnostic. Il semblerait d'ailleurs que le Dr G\_\_\_\_\_ soit revenu sur son analyse de la capacité de travail lors de sa conversation téléphonique avec le Dr F\_\_\_\_\_ en juillet 2013. Il apparaît également que le recourant a souffert de problèmes dermatologiques conséquents en 2013, dont l'incidence n'a guère été analysée. On ignore également quelles sont les répercussions de l'hépatite C et de son traitement sur sa capacité de gain. Enfin, au vu des explications données par la Dresse H\_\_\_\_\_ au sujet des interactions médicamenteuses rendant impossible l'administration d'un traitement antalgique, il n'est pas exclu que l'incidence des gonalgies soit plus importante que chez un assuré ne suivant pas d'autre traitement.

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 suffisants 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_585/2013 du 15 septembre 2014 consid. 4). Au vu des doutes sérieux que laissent subsister les rapports de la Dresse H\_\_\_\_\_ au sujet de la capacité de travail et de gain du recourant, une expertise doit être mise en œuvre. La chambre de céans relève que l'argument de l'intimé, selon lequel une telle mesure n'est pas indiquée pour trancher la capacité de travail et de gain passée, tombe manifestement à faux. En effet, les experts sont généralement appelés à statuer sur le caractère invalidant d'atteintes à la santé de manière rétrospective.

En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Les conditions d'un renvoi sont en l'espèce réalisées, dès lors que l'intimé n'a pas instruit à satisfaction de droit la situation médicale du recourant. Il lui appartiendra ainsi de mettre en œuvre une expertise afin de déterminer les répercussions des diverses atteintes à la santé sur la capacité de travail et de gain du recourant depuis décembre 2012. Cet examen devra être confié à un médecin généraliste, à charge pour lui de s'entourer d'avis de spécialistes s'il l'estime nécessaire à l'exécution de sa mission.

9. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Selon l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. En l'espèce, le recourant n'a pas conclu à l'allocation d'une indemnité de procédure. Des dépens peuvent cependant être alloués à une partie sans conclusion expresse dans ce sens (ATF 118 V 139 consid. 3). L'indemnité due au recourant à ce titre sera fixée à CHF 2'000.-.

La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 29 mars 2017.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser une indemnité de CHF 2'000.- au recourant.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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