

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3766/2014

ATAS/859/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 novembre 2015**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à THÔNEX, représenté par ORION  
ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE SA

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Christine BULLIARD-MANGILI et Anny SANDMEIER, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1957, de nationalité portugaise, marié et père de trois enfants nés en 1979, 1997 et 2002, a travaillé à Genève dans le domaine du nettoyage, en dernier lieu pour l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA jusqu'en mai 2010. Depuis le 1<sup>er</sup> février 2012, il bénéficie d'un emploi de solidarité comme agent d'entretien auprès des établissements publics pour l'intégration (ci-après : les EPI).
2. Le 26 novembre 2012, les EPI ont annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) le cas de l'assuré en vue d'une détection précoce.
3. Un entretien de détection précoce a eu lieu le 12 décembre 2012. L'assuré a déclaré qu'il était totalement incapable de travailler depuis avril 2012 en raison de douleurs aux jambes et de difficultés respiratoires. Il souhaitait retrouver une activité professionnelle moins contraignante physiquement que celle de nettoyeur, laquelle supposait qu'il travaille debout et accomplisse des mouvements répétitifs.
4. Le 23 janvier 2013, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'OAI, en invoquant de fortes douleurs aux jambes, accompagnées de crampes.
5. Par rapport du 4 avril 2013 adressé à l'OAI, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de gonarthrite droite, de lombalgies chroniques, et, sans incidence sur celle-ci, d'anorexie, de gastrite à helicobacter et d'amyotrophie des membres inférieurs. Il a fait état d'une incapacité de travail totale depuis le 9 octobre 2012, date à laquelle l'assuré l'avait consulté pour la première fois. Une reprise d'activité lui paraissait prématurée. Les limitations retenues étaient la marche, le port de charges, les montées d'échelles, les flexions antérieures du tronc, les activités exercées en position debout, penchée, accroupie ou à genoux.
6. Lors d'un entretien d'évaluation du 9 avril 2013, il a été convenu entre l'OAI et l'assuré que ce dernier accomplirait un stage d'orientation professionnelle dès que son état de santé le permettrait.
7. Le 22 juillet 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré demeurerait précaire et son pronostic réservé. L'assuré souffrait toujours de problèmes rhumatologiques, cardiaques et d'un manque de souffle. Il proposait de réévaluer la situation à la fin de l'année 2013.

Il a joint un rapport établi le 24 mai 2013 par le docteur D\_\_\_\_\_, cardiologue, concluant à un bilan globalement favorable : un électrocardiogramme et une échocardiographie avaient montré des résultats normaux, tandis qu'une tomoscintigraphie n'avait pas mis en exergue d'ischémie du myocarde.

8. Le 16 septembre 2013, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a estimé que l'état de santé de l'assuré s'était dégradé, mais que ses atteintes n'étaient pas suffisamment documentées.
9. Les 22 janvier et 27 février 2014, à la demande de l'OAI, le Dr C\_\_\_\_\_ a transmis notamment les rapports suivants à l'OAI :
  - deux rapports des 29 mars et 9 juillet 2012 du docteur E\_\_\_\_\_, angiologue, diagnostiquant une insuffisance artérielle des membres inférieurs. L'assuré avait perdu 11 kilogrammes, était fatigué et asthénique. Sa symptomatologie ne résultait pas uniquement de son insuffisance artérielle ;
  - un rapport d'oeso-gastroduodenoscopie du 27 mars 2013 du docteur F\_\_\_\_\_, gastro-entérologue, faisant état d'une gastrite diffuse et d'une hernie hiatale axiale réductible. Un traitement visant à réduire l'acidité gastrique avait été prescrit ;
  - un rapport d'artériographie et angioplastie iliaque bilatérale du 19 février 2014 du docteur G\_\_\_\_\_, radiologue, dont il ressortait qu'il avait pratiqué une angioplastie et implanté deux stents afin de traiter des sténoses iliaques gauche et droite. Ces lésions étaient les seules pouvant expliquer la claudication de l'assuré et son gradient de pression, plus important au niveau de sa jambe droite.
10. Le 10 mars 2014, l'OAI a posé des questions complémentaires au Dr C\_\_\_\_\_.
11. Par pli du 17 mars 2014, ce médecin a confirmé les diagnostics incapacitants de gonarthrite droite récidivante, d'insuffisance artérielle des membres inférieurs, d'amyotrophie et de lombalgies chroniques. Depuis l'angioplastie réalisée en février 2014, le périmètre de marche s'était normalisé et la mobilité du genou droit n'était plus restreinte, mais l'assuré souffrait toujours d'une fatigabilité et de limitations relatives au port de charges supérieures à 10 kilogrammes, aux flexions antérieures du tronc et à la marche sur terrain accidenté. Il estimait sa capacité de travail dans toute activité adaptée (sans travaux lourds), y compris celle de nettoyeur, à 50% depuis le 1<sup>er</sup> février 2014.

Il a joint à son rapport :

- un bilan artériel des membres inférieurs réalisé le 4 mars 2014 par le docteur K\_\_\_\_\_, angiologue. Le résultat de l'angioplastie pratiquée deux semaines auparavant était qualifié de « bon » sur le plan hémodynamique et de « relativement bon » sur le plan clinique, dans la mesure où la claudication avait disparu mais que les douleurs de la crête du tibia droit persistaient. Celles-ci survenaient après environ dix minutes de marche et disparaissaient après une dizaine de minutes également ;
- un rapport d'imagerie lombaire du 4 mars 2014 du docteur H\_\_\_\_\_, radiologue, constatant une discopathie à caractère inflammatoire modéré de L5-

S1, sans conflit disco-radulaire, et un « remodelage oedémateux » du plateau supérieur de L4.

12. Dans un rapport du 6 août 2014, la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR et spécialiste en pédiatrie, a exposé que l'assuré avait présenté une claudication des membres inférieurs en lien avec une sténose iliaque, traitée par angioplastie. Il souffrait également de lombalgies persistantes et d'une gonarthrite droite d'origine indéterminée, mais le dossier ne contenait aucun bilan, notamment radiologique, s'y rapportant. Se référant au rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 17 mars 2014, elle estimait que l'assuré avait été incapable de travailler à compter du 29 avril 2012, puis avait recouvré le 1<sup>er</sup> mars 2014 une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans toute activité adaptée, sans port de charges supérieures à dix kilogrammes, flexion antérieure du tronc ou marche sur un terrain accidenté.
13. Le 9 septembre 2014, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de refus de prestations. L'intéressé disposait depuis le 29 avril 2012 d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans toute activité industrielle légère, exercée principalement en position assise. En tenant compte d'un abattement de 10% lié à ses limitations fonctionnelles, son degré d'invalidité ne s'élevait qu'à 5,95%, insuffisant pour ouvrir droit à un reclassement professionnel ou à d'autres prestations d'invalidité.
14. Par courrier du 17 octobre 2014, l'assuré a contesté ce projet et sollicité son audition par l'OAI, en soutenant que sa capacité de travail ne s'élevait qu'à 50% dans toute activité adaptée.
15. Le 21 octobre 2014, par l'intermédiaire de son épouse, l'assuré a convenu avec l'OAI qu'il ferait part de ses objections par écrit.
16. Par décision formelle du 24 novembre 2014, l'OAI a nié son droit à toute prestation, en reprenant la motivation développée dans son projet et en relevant que l'assuré n'avait fait état, dans son opposition, d'aucun élément nouveau.
17. Par pli du 2 décembre 2014 adressé à l'OAI, l'assuré a contesté cette décision.  
Il a reproché à l'office d'avoir occulté les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ attestant de son incapacité à travailler à plus de 50%, lesquelles étaient corroborées par un rapport d'évaluation professionnelle de l'entreprise Pro. En outre, il a déploré que l'OAI ne l'ait pas fait examiner par l'un de ses médecins avant de statuer.
18. Le 8 décembre 2014, l'OAI a transmis le courrier du 8 décembre 2014 à la chambre de céans, considérant qu'il relevait de sa compétence.
19. Le 9 décembre 2014, la chambre de céans a informé l'OAI que le recours avait été enregistré. Elle l'a également invité à transmettre sa réponse et son dossier.
20. Dans sa réponse du 16 décembre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours.  
Les conclusions du SMR rejoignaient celles du Dr C\_\_\_\_\_ tant au niveau des limitations fonctionnelles de l'assuré que de son aptitude à exercer son activité

habituelle. En revanche, sur la base de tous les rapports versés au dossier, il avait considéré l'intéressé capable de travailler à plein temps dans toute activité industrielle légère, exercée en position assise. Ce dernier n'avait produit aucun élément susceptible de conduire à une appréciation différente.

21. Par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, l'assuré a répliqué le 23 janvier 2015.

Il a rétorqué que le rapport du SMR d'août 2014 ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'il n'était pas suffisamment motivé et ne tenait pas compte de l'anamnèse et de ses plaintes. En outre, il n'exposait pas les motifs pour lesquels il s'écartait des conclusions du Dr J \_\_\_\_\_ quant à sa capacité à exercer une activité adaptée, tout en se fondant sur les mêmes limitations. À son sens, puisque les conclusions du SMR divergeaient de celles de son médecin, l'intimé aurait dû mettre en œuvre un examen pluridisciplinaire ou une expertise afin de déterminer précisément quelles étaient ses atteintes et sa capacité résiduelle de travail.

Il a joint un rapport d'évaluation professionnelle de l'entreprise Pro du 2 décembre 2014, concluant qu'un état de santé « instable » l'éloignait temporairement du marché du travail. Pendant son stage accompli du 3 au 28 novembre 2014, il avait notamment souffert à trois reprises de douleurs cardiaques et d'une grande fatigue, si bien qu'il avait été contraint d'observer de nombreuses pauses lorsqu'il avait dû marcher. Malgré sa bonne volonté, il s'était fréquemment absenté pour des entretiens médicaux. À ce stade, les évaluateurs estimaient prioritaire qu'il parvienne à améliorer puis stabiliser son état de santé.

22. L'OAI a dupliqué le 11 février 2015, en maintenant ses conclusions tendant au rejet du recours.

Le dossier lui paraissait complet et il avait tenu compte de toutes les atteintes, y compris des douleurs de la crête du tibia. On ne pouvait douter qu'une activité adaptée était pleinement exigible de la part de l'assuré, eu égard à ses limitations fonctionnelles. S'agissant du rapport d'évaluation professionnelle, il était postérieur à la décision litigieuse et ne contenait en tout état de cause pas d'élément susceptible de modifier son appréciation.

Il a joint un nouvel avis du SMR daté du 4 février 2015, confirmant que l'assuré lui paraissait pleinement capable d'exercer toute activité, moyennant le respect de limitations fonctionnelles d'épargne lombaire. Quant aux douleurs du tibia et dorsales, le Dr C \_\_\_\_\_ avait indiqué que le périmètre de marche s'était normalisé et une IRM de mars 2014 n'avait montré qu'une discopathie. S'agissant enfin du rapport d'évaluation professionnelle, il n'avait pas été établi par un médecin, de sorte que le qualificatif d'état de santé « instable » était sujet à caution.

23. Dans ses observations du 20 février 2015, l'assuré a conclu, sous suite de dépens, au renvoi de la cause à l'intimé afin que celui-ci rende une nouvelle décision fondée sur une capacité de travail de 50%, subsidiairement mette en œuvre une instruction

complémentaire puis statue à nouveau. Pour le surplus, il a persisté dans son argumentation.

Il a joint à son écriture :

- un rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 10 février 2015, confirmant les diagnostics de status après angioplastie des artères iliaques, de baisse de l'état général dans le contexte d'un éthylo-tabagisme chronique, d'arthrite persistante du genou droit et de lombalgies chroniques. Il réitérait que l'assuré ne pouvait travailler qu'à 50% au maximum. Compte tenu de l'amyotrophie et de la fatigabilité, la reprise d'une activité à un taux excédant 50% lui paraissait « totalement illusoire » ;
- un nouveau rapport de tomoscintigraphie du Dr D\_\_\_\_\_, du 10 décembre 2014, ne mettant pas en évidence de signe d'ischémie ou de nécrose du myocarde.

24. Le 2 mars 2015, l'OAI a persisté dans ses conclusions, en relevant que le dernier rapport du Dr C\_\_\_\_\_ ne faisait état d'aucun élément nouveau.
25. Ce document a été transmis pour information au recourant le 4 mars 2015.
26. 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 - 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. 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; 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; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2012. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et de la LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, transmis par l'intimé à la chambre de céans pour objet de sa compétence (art. 64 al. 2 de la loi sur la procédure administrative [LPA – E 5 10]), a été interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 60 et 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité.
5. 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).

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).

6. 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<sup>ème</sup> 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.

Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> 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. Si 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).

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 fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

8. 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 LPGA) 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).

Cela étant, on ne peut se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral

---

des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

9. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).
10. Il convient d'évaluer la capacité de travail du recourant et, pour ce faire, d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier.

Dans ses rapports des 6 août 2014 et 4 février 2015, la D<sup>resse</sup> I\_\_\_\_\_, médecin au SMR et spécialiste en pédiatrie, a estimé que l'assuré avait été incapable de travailler dès le 29 avril 2012, puis avait recouvré, le 1<sup>er</sup> mars 2014, une pleine capacité de travail dans toute activité n'impliquant pas de port de charges

---

supérieures à dix kilogrammes, de flexion antérieure du tronc ou de marche sur un terrain accidenté.

De son côté, le recourant conteste la valeur probante des rapports du SMR et se prévaut des conclusions du Dr J\_\_\_\_\_, son rhumatologue, lequel considère « illusoire » toute reprise d'une activité professionnelle à plus de 50%. L'assuré invoque également un rapport d'évaluation professionnelle de l'entreprise Pro, concluant qu'un état de santé instable l'éloigne temporairement du marché du travail.

11. En l'occurrence, le rapport de synthèse établi par le SMR le 6 août 2014 ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais exclusivement sur une analyse des documents médicaux versés au dossier. Force est de constater que ce rapport, particulièrement succinct, ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels qui permettraient de lui reconnaître une pleine valeur probante.

En effet, la D<sup>resse</sup> I\_\_\_\_\_, dont on précisera qu'elle n'est pas au bénéfice d'une formation spécialisée en rhumatologie, a extrapolé des rapports des médecins du recourant, émanant notamment du Dr C\_\_\_\_\_, que l'intéressé avait été incapable de travailler depuis le 29 mars 2012, puis avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée dès le 1<sup>er</sup> mars 2014, toutefois sans exposer clairement les raisons pour lesquelles les atteintes constatées par les médecins traitants, notamment sur le plan rhumatologique, n'empêcheraient plus l'exercice d'une activité adaptée. Or, dans la mesure où les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ attestent d'une capacité de travail limitée à 50% et s'écartaient donc notablement des siennes, on pouvait raisonnablement attendre de cette praticienne qu'elle étaye son point de vue divergent par des explications circonstanciées et convaincantes. Par ailleurs, cette dernière s'est contredite en chiffrant tantôt à 50%, tantôt à 100% l'incapacité de travail survenue dès le 29 avril 2012 (cf. rapport du 6 août 2014, p. 1 et 2). En outre, son appréciation ne reposait pas sur des examens complets, puisque, comme elle l'a observé elle-même, il manque au dossier un bilan clinique et radiologique se rapportant au diagnostic de gonarthrite droite, lequel est précisément considéré comme incapacitant par le Dr C\_\_\_\_\_. Elle n'a pas non plus discuté du diagnostic d' « amyotrophie généralisée » et de ses répercussions éventuelles sur la capacité de travail.

À l'appui de sa duplique, l'intimé a produit un avis actualisé du SMR, daté du 4 février 2015, dont le contenu ne permet pas de remédier aux lacunes exposées ci-dessus. Ce rapport succinct ne se penche pas non plus sur les diagnostics de gonarthrite et d'amyotrophie, ni sur leurs répercussions éventuelles sur la capacité de travail. Seules les douleurs de la crête du tibia droit et le rapport d'évaluation professionnelle de l'entreprise Pro sont évoqués, au demeurant de manière superficielle dans la mesure où le SMR se borne à relever, d'une part, que, malgré la persistance de douleurs, le « périmètre de marche » est redevenu normal depuis l'opération d'angioplastie et, d'autre part, que les évaluateurs ne bénéficient pas

d'une formation médicale. L'intimé ne saurait ignorer purement et simplement les observations des évaluateurs pour le seul motif que ceux-ci ne sont pas médecins. Au contraire, leurs constatations selon lesquelles l'assuré a, malgré sa bonne volonté, souffert d'une grande fatigue et de douleurs cardiaques, de sorte qu'il ne paraissait pas en mesure d'exercer une activité lucrative à ce stade, vu son état de santé instable, tendent à confirmer la nécessité de procéder à une instruction complémentaire. On précisera également que si le compte-rendu de l'entreprise Pro est effectivement postérieur à la décision litigieuse du 24 novembre 2014, les faits auxquels il se rapporte sont, pour l'essentiel, antérieurs à cette décision, de sorte qu'il se justifie d'en tenir compte dans le cadre de la présente procédure (arrêt du Tribunal fédéral I 592/03 du 21 juillet 2004, consid. 4.3 s. et les références citées).

Eu égard aux considérations qui précèdent, il n'y a pas lieu de se fonder, sans instruction complémentaire, sur les conclusions du SMR.

S'agissant enfin des rapports des médecins du recourant, émanant en particulier du Dr C\_\_\_\_\_, ils ne sont pas suffisamment motivés pour que l'on puisse sans autre se fonder sur ceux-ci. Il sied également de tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

12. En définitive, la chambre de céans constate que la cause est insuffisamment instruite, de sorte qu'elle n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail et son évolution, partant sur le degré d'invalidité et le droit à la rente, ce d'autant moins que le rapport d'évaluation professionnelle et le dernier rapport du Dr C\_\_\_\_\_ suggèrent que l'état de santé du recourant n'est pas encore stabilisé.

Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 24 novembre 2014 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, étant rappelé qu'il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences de l'instruction menée par l'administration. Cette instruction sera mise en œuvre par une expertise en rhumatologie et, si l'intimé le juge nécessaire, en angiologie et médecine interne, confiée à des experts indépendants.

Les experts se prononceront sur la capacité de travail et son évolution, en tenant compte de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier, y compris ceux produits par le recourant à l'appui de son recours.

13. Le recourant, qui est représenté, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; E 5 10.03).

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et annule la décision du 24 novembre 2014.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 1'500.-.
5. Met un émolument de CHF 200.- 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

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