

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3796/2015

ATAS/508/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à SATIGNY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Charles SOMMER

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), né en 1953, d'origine tunisienne, est arrivé en 1996 en Suisse, où il travaille depuis cette année-là en tant que chauffeur de taxi indépendant.
2. Du 5 mars au 28 avril 2009, l'assuré a été hospitalisé en raison d'hémoptygies massives, avec mise en évidence d'une sténose mitrale modérée à sévère compliquée de fibrillation auriculaire paroxystique avec des accidents vasculaires cérébraux (ci-après AVC) multiples et une hypertension artérielle pulmonaire.
3. Par rapport du 21 août 2009, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en neurologie, a signalé que l'assuré se plaignait de céphalées, de troubles de la concentration, de troubles visuels, d'un sentiment vertigineux avec tangage, de légers troubles mnésiques, d'une importante fatigabilité et des douleurs dans la région thoracique et aux épaules. L'examen ne montrait pas de déficit moteur ni de déficit sensitif net hormis une hypoesthésie de la face antéro-externe de la jambe gauche. L'assuré présentait une polyneuropathie axonale ancienne sans dénervation active. Vu les plaintes liées à la concentration et à la mémoire, et vu la profession de l'assuré, un bilan neuropsychologique détaillé était nécessaire et un contrôle de l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cérébrale était souhaitable en septembre.
4. Le 21 octobre 2009, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI).
5. Par rapport du 25 novembre 2009, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne générale, a diagnostiqué notamment un status post-AVC multiples sur fibrillation auriculaire, une encéphalopathie vasculaire probable, un status post-hypertension artérielle pulmonaire secondaire à une sténose mitrale modérée à sévère (avec hémoptygies massives), des sciatalgies non déficitaires, une douleur pariétale thoracique et des omalgies post-thoracotomie, un état dépressif réactionnel, de l'asthme bronchique compensé, une polyneuropathie axonale des membres inférieurs et une hernie hiatale. L'incapacité de travail de l'assuré était totale depuis le 5 mars 2009, en raison des troubles de la mémoire, de la concentration, de l'humeur, de la fatigue et des douleurs thoraciques pariétales fluctuantes. Ses limitations pouvaient être améliorées par une optimalisation de la prise en charge de l'état dépressif, néanmoins le pronostic restait réservé au vu de la possible encéphalopathie vasculaire sous-jacente. On pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail, mais pas avant deux-trois mois et partiellement. Un bilan neuropsychologique et une IRM cérébrale devaient être organisés prochainement.
6. Par rapport du 11 janvier 2010, la Dresse B_____ a fait état également des diagnostics précités. Actuellement, il persistait une grande fatigue nécessitant des siestes journalières, une fatigabilité des membres inférieurs (difficulté pour monter les escaliers), des vertiges, des céphalées fréquentes, un état dépressif, des troubles

de la concentration et des troubles de la mémoire rendant difficile la reprise de travail de l'assuré en tant que chauffeur de taxi. L'incapacité de travail totale était encore en cours, en raison des troubles de la mémoire, de la concentration, de l'humeur et de la fatigue. En outre, il présentait des douleurs de la paroi thoracique et aux épaules. L'assuré avait tendance à oublier certains rendez-vous, les itinéraires, il avait des difficultés pour porter des charges, telles que des bagages, en raison des douleurs thoraciques pariétales et aux épaules. Les limitations pouvaient être améliorées par une meilleure prise en charge de l'état dépressif, mais l'amélioration était limitée par les troubles des fonctions supérieures dans le cadre d'un status post-AVC multiples. Vu la profession de l'assuré, un bilan neuropsychologique aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) et une IRM cérébrale de contrôle devaient encore être organisés.

7. Par rapport du 16 mars 2010, le docteur D_____, spécialiste FMH en cardiologie, a indiqué que le contrôle annuel post-remplacement de la valve mitrale s'avérait satisfaisant, avec l'absence de symptômes de signe d'insuffisance cardiaque. En raison des céphalées frontales et des vertiges associés intermittents, l'assuré devait prendre contact avec un neurologue.
8. Le 20 avril 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible pour le moment. Le droit à une éventuelle rente allait être examiné.
9. Par avis du 15 octobre 2010, la doctoresse E_____, médecin auprès du service médical régional AI (ci-après SMR), a retenu des troubles neuropsychologiques sur encéphalopathie vasculaire après des AVC multiples sur fibrillation auriculaire, une sténose de la valve mitrale traitée par bioprothèse et une fibrillation auriculaire chronique. En raison des séquelles neuropsychologiques (troubles mnésiques, de la concentration, de l'attention et de l'adaptation), la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité.
10. Le 19 juillet 2011, l'assuré a requis qu'une décision soit rendue, au vu de sa situation financière.
11. Le 25 juillet 2011, l'OAI a répondu que le dossier était toujours en cours d'instruction.
12. Par pli du 6 octobre 2011 à l'OAI, l'assuré a expliqué qu'il exerçait toujours son activité de chauffeur de taxi à raison de quatre heures par jour et il a transmis notamment ses comptes d'exploitation pour l'année 2010.
13. Le 17 octobre 2011, l'OAI a indiqué qu'en comparant les gains réalisés sans et avec invalidité en 2010, il en résultait une perte de gain de 35%. Etant donné que l'assuré avait repris son activité lucrative, il convenait d'éclaircir l'aspect médical et en particulier, s'il y avait eu une amélioration de l'état de santé.
14. Le 29 décembre 2011, la Dresse C_____ a indiqué n'avoir pas revu l'assuré depuis décembre 2009.

15. Le 2 janvier 2012, la Dresse B_____ a relevé que l'assuré ne l'avait pas consultée depuis le 28 août 2009.
16. Par avis du 23 octobre 2012, le SMR a souligné qu'il ne connaissait pas les résultats du bilan neuropsychologique prévu par la Dresse B_____. L'assuré présentait de plus une polyneuropathie axonale ancienne des membres inférieurs, objectivée par une électroneuromyographie (ci-après ENMG) du 19 août 2009. Afin de déterminer les limitations fonctionnelles actuelles, sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, ainsi que la date du début de la capacité de réadaptation, il convenait d'interroger le médecin traitant de l'assuré.
17. Le 25 octobre 2012, l'assuré a rappelé à l'OAI qu'il était toujours dans l'attente d'une décision. Par ailleurs, il signalait qu'un scanner cérébral allait être réalisé ce jour-là.
18. Le 30 octobre 2012, l'OAI a indiqué que le dossier était en cours d'instruction.
19. Par rapport du 27 février 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, a diagnostiqué des AVC multiples, un remplacement mitral par bioprothèse, un diabète non insulino-dépendant avec macro et micro angiopathie, une neuropathie des membres inférieurs, des céphalées de stress, une bronchopneumopathie chronique obstructive, une sinusite chronique tabagique, un ulcère gastro-duodénal, un status post-hémoptysie ainsi que des cervico-brachialgies gauches en investigation. L'assuré suivait un traitement médicamenteux, de la physiothérapie et un soutien psychologique. La fatigabilité, les troubles de la concentration et de la vue entraînaient une dangerosité à la conduite. L'activité habituelle n'était plus exigible et l'exercice d'une activité adaptée devait être évalué par un service compétent.

Il a joint un rapport du 11 octobre 2012 du docteur G_____, spécialiste en neurologie, que l'assuré a consulté en raison des céphalées chroniques et un rapport du 15 janvier 2013 du docteur H_____, spécialiste en neurologie, dont il résulte qu'un scanner cérébral avait mis en évidence une nouvelle ischémie, qu'il avait été décidé de refaire un bilan à la recherche d'une fibrillation auriculaire intermittente et une nouvelle échographie cardiaque, que l'assuré allait également être adressé à des spécialistes ORL pour une évaluation de l'épistaxis et des otalgies droites et que le bilan allait être complété par une IRM cérébrale.
20. Le 25 avril 2013, l'assuré s'étonnait de ne pas avoir reçu de décision au vu de son état de santé.
21. Le 29 avril 2013, l'OAI a indiqué que le dossier était à l'étude auprès du SMR.
22. Par avis du 29 mai 2013, le SMR a relevé que le médecin traitant ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. Il convenait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, diabéto-neurologie, cardiologie et neuropsychologie).

23. Le 31 mai 2013, l'OAI a informé l'assuré de la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire.
24. Le 10 juin 2013, l'assuré a demandé que l'examen ait lieu le plus rapidement possible. Il a rappelé souffrir du cœur, des poumons, d'une hernie cervicale, de maux de tête et d'un diabète.
25. Le 8 octobre 2013, l'assuré a signalé qu'il n'avait toujours pas reçu de convocation.
26. Le 10 octobre 2013, l'OAI a expliqué à l'assuré que tous les mandats d'expertise pluridisciplinaire étaient désormais attribués de manière aléatoire par la biais d'une plateforme électronique, que les délais d'attente pouvaient être longs et variables selon la disponibilité des spécialistes requis et que les offices AI n'avaient pas les moyens d'accélérer ce processus. En l'occurrence, le mandat d'expertise avait été enregistré en juin 2013 et l'OAI était toujours en attente des coordonnées du centre désigné.
27. Le 4 novembre 2013, l'assuré a indiqué être désespéré, il souffrait de graves douleurs au dos l'empêchant d'exercer sa profession de chauffeur de taxi. Il était urgent d'instruire son dossier, étant rappelé que sa demande remontait au 21 octobre 2009.
28. Le 6 novembre 2013, l'OAI a répondu à l'assuré en reprenant la teneur de son courrier du 10 octobre 2013.
29. Le 4 décembre 2014, le SMR a indiqué qu'aucun élément médical objectif ne permettait de s'écarter de ses conclusions du 15 octobre 2010, à savoir que l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans toute activité. Par conséquent, aucune expertise n'était nécessaire.
30. Par pli du 16 décembre 2014 à l'assuré, l'OAI a expliqué qu'au vu de ses courriers, de la difficulté et du délai pour qu'un centre soit désigné pour procéder à l'expertise mandatée, il avait été décidé d'instruire sa demande de manière différente et, éventuellement, de se passer de cette expertise. Pour cela, l'OAI nécessitait les pièces comptables pour les années 2011 à 2013 ainsi qu'une prévision pour 2014.
31. Le 9 janvier 2015, l'assuré a transmis les pièces comptables 2011 à 2013.
32. Suite à un entretien avec l'assuré, l'OAI a réalisé un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante le 2 mars 2013 (recte 2015). Malgré une incapacité de travail totale, l'assuré avait pu maintenir son activité habituelle de chauffeur de taxi. Selon les bilans, il avait dégagé de son activité indépendante, après son atteinte à la santé, un revenu brut moyen de CHF 20'916.- (y compris les contributions personnelles AVS) entre 2010 et 2013. La comparaison du revenu hypothétique sans invalidité (CHF 38'324.-) avec le revenu d'invalidité (CHF 20'916.-) aboutissait à un degré d'invalidité de 45%. L'assuré présentait donc un préjudice économique de 45% dans son activité habituelle de chauffeur de taxi.

33. Le 7 avril 2015, l'assuré a requis qu'une décision soit prise rapidement, précisant qu'en raison des retards de l'OAI, sa situation était catastrophique.
34. Par projet de décision du 13 avril 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2010. Etant donné qu'un doute sur son aptitude à la conduite existait, une communication allant dans ce sens allait être adressée au service cantonal des véhicules (ci-après SCV).
35. Le 24 avril 2015, l'assuré a relevé qu'en raison de la communication précitée, il devait se présenter chez le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, alors qu'il travaillait à mi-temps depuis 2009 et qu'il n'avait jamais connu ni problème professionnel, ni accident, ni contravention, ce qui démontrait que sa capacité en tant que conducteur n'était pas remise en cause. Seules les douleurs et la fatigue diminuaient sa capacité de travail. Il était donc cohérent qu'il reçoive une demi-rente d'invalidité.
36. Le 30 avril 2015, l'OAI a répondu être légalement tenu d'informer le service compétent en cas de doute sur l'aptitude à la conduite d'un assuré. Par ailleurs, le degré d'invalidité était déterminé par la perte de gain effective. Tant que l'assuré exerçait son activité de chauffeur de taxi au taux actuel, il n'aurait droit qu'à un quart de rente. S'il devait cesser cette activité, son degré d'invalidité serait réévalué.
37. Le 1^{er} mai 2015, l'assuré a estimé inadmissible, compte tenu de son état de santé et des lacunes de l'OAI en matière de procédure, qu'il ne soit pas mis immédiatement au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité.
38. Le 4 mai 2015, l'OAI a appris que le Dr I_____ avait déclaré l'assuré apte à la conduite des véhicules à moteur des 2^{ème} et 3^{ème} groupe.
39. Le 26 mai 2015, l'OAI a informé l'assuré que la procédure d'audition était terminée et que la caisse cantonale genevoise de compensation (ci-après CCGC) allait procéder au calcul du montant de sa rente.
40. Le 29 mai 2015, l'assuré a fait valoir qu'avant 2009, ses revenus étaient certainement supérieurs ou égaux à CHF 5'000.- par mois. Il convenait de revoir le calcul du degré d'invalidité, lequel devait être au minimum de 50%.
41. Par décision du 24 septembre 2015, l'OAI a mis l'assuré au bénéfice d'un quart de rente dès le 1^{er} avril 2010. Il résultait des pièces que depuis le 5 mars 2009, son incapacité de travail était totale dans toutes les activités. Cependant, l'assuré avait continué à exercer son activité de chauffeur de taxi indépendant. Selon l'enquête économique, son revenu hypothétique sans atteinte à la santé était de CHF 38'324.-. Son revenu d'invalidé moyen de 2010 à 2013 était de CHF 20'916.-. La comparaison des revenus réalisables avec ou sans handicap entraînait un degré d'invalidité de 45%, ce qui donnait droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2010. Toutefois, la demande de prestations ayant été déposée le 21 octobre 2009, la rente ne pouvait être allouée qu'à partir du 1^{er} avril 2010. Si

l'assuré devait cesser son activité, il devait en informer l'OAI et une nouvelle évaluation du degré d'invalidité serait effectuée.

42. Par décision du 22 octobre 2015, l'OAI a annulé et remplacé la décision du 24 septembre 2015. En raison d'un complément de cotisations pour les années 2008 et de la taxation définitive de l'assuré comme personne de condition indépendante, ce dernier avait droit à une rente plus élevée dès le 1^{er} avril 2010.
43. Suite au recours interjeté par l'assuré contre la décision du 24 septembre 2015, la chambre de céans l'a déclaré sans objet (ATAS/870/2015 du 17 novembre 2015).
44. Par acte du 29 octobre 2015, l'assuré, représenté par son conseil, a interjeté recours contre la décision du 22 octobre 2015, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son annulation, principalement, à l'octroi d'une rente entière et au versement de CHF 10'000.- à titre d'indemnité pour tort moral, et subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision dans les dix jours et à la récusation des fonctionnaires de l'intimé ayant traité son dossier avant le 24 septembre 2015.

Le recourant a fait valoir en substance que l'intimé avait traité son dossier de manière inadmissible, en ne répondant pas à ses requêtes depuis plus de six ans et en lui promettant une expertise jamais mise en œuvre. En rendant sa décision le 22 octobre 2015, alors que la demande de prestations remontait à octobre 2009, l'intimé avait manifestement commis un déni de justice et l'avait détruit psychologiquement. Par ailleurs, alors que l'intimé n'avait aucune information sur son état de santé, il l'avait dénoncé, de manière arbitraire, auprès du SCV afin qu'il perde son outil de travail. Pour tous ces motifs, le recourant avait droit à une indemnité pour tort moral.

Le recourant a fait valoir, en outre, que l'intimé avait fixé le degré d'invalidité à 45%, alors qu'il aurait dû préalablement déterminer l'incapacité de travail sur la base d'une expertise médicale. Enfin, le calcul du degré d'invalidité aurait dû se faire sur la base du revenu réalisé entre 2006 et 2008 et non pas sur les revenus générés pendant la période d'invalidité.

45. Par réponse du 26 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision. Pour le surplus, il était établi que le recourant exerçait encore son activité habituelle à raison de quatre heures par jour. Il y avait donc lieu de déterminer la perte de gain du recourant au vu de sa situation concrète, soit une perte économique de 45% justifiant l'octroi d'un quart de rente. Enfin, l'intimé a rappelé la disposition légale lui permettant de signaler un assuré à l'autorité cantonale compétente en cas de doutes sur ses capacités physiques ou psychiques à conduire un véhicule motorisé en toute sécurité.

L'intimé a joint un préavis du 25 novembre 2015 de la CCGC, expliquant le calcul du montant de la rente versée, avec cinq pièces à l'appui. Elle a précisé que l'échelle de rente applicable était 21 (en lieu et place de 20).

46. Par réplique du 29 janvier 2016, le recourant a expliqué ignorer sur quelle base le revenu moyen déterminant de CHF 56'400.- avait été fixé et comment le revenu sans invalidité avait été retenu, puisqu'il n'avait jamais dû produire ses disques tachygraphes. En outre, il convenait de se fonder sur les années 2005 à 2008 et non pas sur les années 2009 à 2015 pour fixer son préjudice économique.
47. Par duplique du 22 mars 2016, l'intimé a expliqué que le revenu sans invalidité correspondait à la moyenne des salaires des années 2007 et 2008 déclarés par l'assuré à l'administration fiscale et figurant sur son compte individuel, étant précisé que l'année 2009 n'avait pas été prise en compte. S'agissant du revenu moyen déterminant, l'intimé se référait à un avis du 25 février 2016 de la CCGC versé à la procédure.
48. Par pli du 1^{er} avril 2016, le recourant a indiqué que concernant le calcul de la rente, il convenait, pour être équitable, de tenir compte de son revenu à l'époque où il ne connaissait pas de problèmes médicaux, soit de 2000 à 2005. En outre, des facteurs comme l'indice des prix à la consommation, le tarif des taxis modifié au cours des ans et les variations du prix de l'essence avaient entraîné une variation du revenu annuel moyen déterminant. Ces facteurs devaient être pris en compte.
49. Par pli du 11 avril 2016, l'intimé s'est référé intégralement à une détermination de la CCGC établie à cette date et versée à la procédure. Il en résulte notamment que les facteurs tels que l'indice des prix à la consommation, le coût de l'outil de travail ou la variation du coût de l'essence ne rentraient pas dans l'assiette de la détermination du revenu annuel déterminant.
50. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la chambre de céans a gardé la cause 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^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours contre la décision du 22 octobre 2015 est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).
4. L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a mis le recourant au bénéfice d'un quart de rente 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^{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).

6. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 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 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).
- c. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) 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).

d. 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).

7. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
8. a. En l'occurrence, l'intimé a retenu, en se fondant sur les avis du SMR, que le recourant présente, en raison de ses atteintes à la santé, une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 5 mars 2009.

Dans le cadre de son recours, le recourant reproche à l'intimé de ne pas avoir déterminé son incapacité de travail sur la base d'une expertise médicale.

b. Il résulte des pièces versées au dossier que par avis final du 4 décembre 2014, le SMR, en se référant à son avis du 15 octobre 2010 - lequel retenait des séquelles neuropsychologiques (troubles mnésiques, de la concentration, de l'attention et de l'adaptation) - a estimé que le recourant présentait une capacité de travail nulle dans toute activité et qu'aucune expertise n'était nécessaire.

La chambre de céans considère que les conclusions finales du SMR, en tant qu'elles retiennent une incapacité de travail totale dans une activité adaptée, ne peuvent pas être confirmées, ce pour les motifs qui suivent.

En effet, force est de constater qu'entre le 11 janvier 2010 - date à laquelle la Dresse B_____ a fait état d'une incapacité de travail totale dans l'activité

habituelle - et le 24 septembre 2015 (date de la décision litigieuse), aucun médecin ayant examiné le recourant n'a indiqué que ce dernier présenterait une incapacité de travail totale dans une activité adaptée. Le Dr F_____, qui a confirmé que l'activité habituelle n'était plus exigible de la part du recourant, a relevé d'ailleurs que l'exercice d'une activité adaptée devait être évalué par un service compétent (rapport du 27 février 2013).

Ainsi, si l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle est attestée par la Dresse B_____ et le Dr F_____, l'incapacité de travail totale dans une activité adaptée telle que retenue par l'intimé, n'est toutefois corroborée par aucune pièce au dossier.

Cela étant, quand bien même les rapports versés à la procédure ne permettent pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, le taux de l'incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée, la chambre de céans est d'avis que l'on peut renoncer à une instruction complémentaire pour les motifs qui suivent.

9. a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur à compter du 1^{er} janvier 2008), 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 des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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.

b. 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 dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

c. 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'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2).

A l'instar d'un rapport d'enquête sur le ménage pour les personnes accomplissant des travaux ménagers, un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante constitue en principe un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des personnes dont on ne peut déterminer sûrement les revenus. Un tel document ne peut donc être contesté sur la base de simples allégations puisqu'il est lui-même le résultat de l'appréciation de plusieurs éléments qui ne peuvent être infirmés que par des éléments objectifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 du 9 mars 2016 consid. 6).

10. 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).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait

d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c) ou dans le cas d'un assuré de 63 ans, soit à deux ans de l'âge de la retraite (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C_366/2014 du 19 novembre 2014). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

Lorsqu'il n'est pas exigible de la part d'un assuré qu'il mette en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, il y a lieu de procéder au calcul du degré d'invalidité en fonction de sa capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.4).

Enfin, dans le cas d'un assuré dont l'état de santé avait fait l'objet d'une expertise judiciaire, le Tribunal fédéral a indiqué que c'était à la date du dépôt de l'expertise - laquelle avait permis de constater de manière fiable les faits déterminants quant à la capacité résiduelle de travail et l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée - qu'il convenait d'examiner si on pouvait exiger de l'assuré qu'il mît en valeur sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Tel n'étant pas le cas, au vu de son âge proche de la retraite et de sa faible capacité résiduelle, le Tribunal fédéral a relevé que compte tenu du fait que le doute, concernant les répercussions sur la capacité de travail des différentes affections, n'avait été levé qu'à la date du dépôt de l'expertise judiciaire, il convenait, pour la période antérieure, de déterminer le degré d'invalidité en se référant aux seuls éléments qui n'étaient pas englobés par le doute évoqué, à savoir l'existence d'une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, ce qui ouvrait droit en l'occurrence à une rente entière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.4).

11. a. En l'occurrence, le recourant présente une incapacité de travail depuis mars 2009, de sorte qu'il y a lieu de déterminer le taux d'invalidité en 2010, soit à l'échéance d'une année d'attente.
- b. S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a estimé que le recourant aurait obtenu un revenu de CHF 38'324.- en 2010, en se fondant sur les gains réalisés en 2007 (CHF 35'883.-) et en 2008 (CHF 33'488.-) selon les éléments retenus par l'administration fiscale cantonale, auxquels s'ajoutent les contributions personnelles AVS/AI/APG. Ces montants correspondaient à l'extrait de compte

individuel (note de travail de l'intimé du 17 octobre 2011 et rapport d'enquête du 2 mars 2015).

Le recourant conteste ce montant au motif qu'il n'a pas été déterminé selon ses disques tachygraphes. Il fait valoir également qu'il conviendrait de se fonder sur les revenus réalisés entre 2000 et 2005, soit lorsqu'il ne connaissait pas de problèmes médicaux.

On relèvera que l'incapacité de travail déterminante a débuté en mars 2009, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a pris en compte les gains réalisés immédiatement avant l'atteinte à la santé, soit en 2008 et 2007. Par ailleurs, il aurait été désavantageux pour le recourant de se fonder sur les gains réalisés entre 2000 et 2005, puisque selon l'extrait du compte individuel versé au dossier, ceux-ci étaient bien inférieurs à ceux de 2007 et 2008 (CHF 30'000.- en 2005, CHF 24'700.- en 2004, 30'900.- en 2003, 27'300.- en 2002, 26'800.- en 2001 et CHF 0.- en 2000).

Enfin, dans la mesure où ce qui est déterminant est le revenu que le recourant aurait pu obtenir sans atteinte à la santé, c'est à juste titre que l'intimé ne s'est pas fondé sur les disques tachygraphes puisque ceux-ci ne permettent pas de connaître les gains réalisés par le recourant.

c. S'agissant du revenu avec invalidité, s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle, les éléments au dossier ne permettent toutefois pas de déterminer son taux d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

Or, quand bien même l'intimé aurait dû, comme le fait valoir le conseil du recourant, procéder à une expertise, la chambre de céans est d'avis qu'il y a lieu, en l'état, de renoncer à un renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire. En effet, dans un tel cas, les rapports probants - permettant de constater de manière fiable les faits déterminants quant à la capacité résiduelle de travail du recourant - ne pourraient alors être versés à la procédure qu'au plus tôt dans le courant de l'année 2017. Or, ce dernier sera alors âgé de 64 ans, soit à un an de l'âge ouvrant droit à une rente de vieillesse de l'AVS [art. 21 al. 1 let. a de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10)]. A cet âge-là, au vu de la durée prévisible des rapports de travail et dès lors que le recourant exerce son activité habituelle depuis 1996, on ne saurait exiger du recourant qu'il mette en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi.

Par conséquent, pour déterminer le revenu avec invalidité du recourant, il y a lieu de se référer à sa situation professionnelle concrète, soit l'exercice effectif, quatre heures par jour, de son activité de chauffeur de taxi.

En l'occurrence, il résulte de l'enquête économique du 2 mars 2015, que selon les bilans en possession de l'intimé, le recourant a dégagé de son activité indépendante, entre 2010 et 2013, un revenu brut moyen de CHF 20'916.- (y compris les

contributions personnelles AVS/AI/APG) et que ce revenu est confirmé par l'extrait du compte individuel (CHF 22'325.-).

Le recourant fait valoir qu'il convient de se fonder sur les gains réalisés entre 2005 et 2008.

On rappellera que l'élément déterminant est de savoir quel est le gain que le recourant est capable de réaliser en dépit de ses atteintes à la santé. Or, dans la mesure où ce dernier, malgré ses troubles, continue à exercer son activité de chauffeur de taxi quatre heures par jour, il y a lieu de se fonder sur les gains qu'il réalise réellement depuis 2010.

Les revenus avec et sans invalidité retenus par l'intimé ne sont ainsi pas contestables, étant encore relevé que le recourant n'a pas apporté d'éléments objectifs permettant d'infirmer les conclusions figurant dans le rapport d'enquête économique réalisé par l'intimé, de sorte que ce rapport constitue un moyen de preuve approprié, conformément à la jurisprudence précitée.

Il résulte de la comparaison du revenu sans invalidité (CHF 38'324.-) avec le revenu avec invalidité (CHF 20'916.-), un degré d'invalidité de 45%, ce qui ouvre droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2010, puisque le droit à la rente prend naissance au plus à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a déposé sa demande de prestations, soit en l'occurrence le 21 octobre 2009.

C'est par conséquent à bon droit que l'intimé a mis le recourant au bénéfice d'un quart de rente dès le 1^{er} avril 2010.

Aussi la décision litigieuse doit-elle être confirmée sur ce point.

12. a. Le recourant conteste par ailleurs le montant mensuel de sa rente d'invalidité, soit CHF 227.- dès avril 2010, CHF 231.- dès janvier 2011, CHF 233.- dès janvier 2013 et CHF 234.- depuis janvier 2015.

b. Selon l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires. Le Conseil fédéral peut édicter des dispositions complémentaires.

Le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré. Le Conseil fédéral règle la prise en compte des mois de cotisations accomplis dans l'année d'ouverture du droit à la rente, des périodes de cotisation précédant le 1^{er} janvier qui suit la date des 20 ans révolus et des années complémentaires (art. 29bis LAVS).

La rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen (ci-après RAM), lequel se compose des revenus de l'activité lucrative, des bonifications pour tâches

éducatives et des bonifications pour tâches d'assistance (art. 29quater LAVS). La somme des revenus à prendre en compte se compose de l'ensemble des revenus propres suivant l'accomplissement de la 20^{ème} année jusqu'au 31 décembre de l'année précédant l'âge de la réalisation du risque assuré, à l'exclusion des revenus réalisés durant l'année de naissance du droit à la rente (art. 52c du Règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RAVS – RS 831.101).

En l'occurrence, la CCGC a calculé le montant de la rente du recourant en se fondant sur un RAM déterminant de CHF 56'400.-, 16 années de cotisations donnant droit à une échelle de rente partielle 21, ainsi que 11 demi-bonifications pour tâches éducatives (BTE). Par avis du 25 février 2016, la CCGC a par ailleurs expliqué, pièces à l'appui, le revenu de l'activité lucrative réalisé par le recourant de janvier 1986 à décembre 2009, le facteur de revalorisation attribué à l'année 1986, la moyenne des BTE et les calculs effectués pour déterminer le RAM compte tenu de la table des rentes, échelle 21.

Le recourant conteste le revenu annuel moyen fixé par la CCGC. Il fait valoir que l'indice des prix à la consommation, le tarif des taxis et les variations du prix de l'essence devraient être pris en compte.

La chambre de céans relèvera que selon les dispositions précitées, les facteurs invoqués par le recourant ne sont pas déterminants pour fixer le RAM, de sorte que ses griefs ne permettent pas de remettre en cause les calculs opérés par la CCGC, lesquels sont pleinement conformes à la loi.

La décision litigieuse doit par conséquent être également confirmée sur ce point.

13. Enfin, le recourant conclut au versement d'une indemnité de CHF 10'000.- pour tort moral vu la violation par l'intimé des règles de la bonne foi et de la procédure.

Selon l'art. 78 LPGA, les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel (al. 1). L'autorité compétente rend une décision sur les demandes en réparation (al. 2).

Ainsi, il appartenait au recourant, conformément à l'art. 78 al. 2 LPGA, de soumettre à l'intimé sa demande d'indemnité pour tort moral en vue de la prise d'une décision sur ce point.

Par conséquent, la conclusion tendant au versement d'une indemnité pour tort moral sera déclarée irrecevable.

14. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté.
15. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours irrecevable en tant qu'il conclut au versement d'une indemnité pour tort moral.
2. Déclare le recours recevable pour le surplus.

Au fond :

3. Le rejette.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
5. 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