



---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1979, célibataire, ressortissant espagnol, titulaire d'un permis C UE/AELE a déposé une demande d'allocation pour impotent auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 5 septembre 2018. L'atteinte à la santé relevait de la maladie – syndrome de Néoplasie Endocrinienne Multiple de type 1 (ci-après : NEM1) nécessitant plusieurs contrôles annuels depuis 1995, suite à une parathyroïdectomie totale avec réimplantation partielle de la loge de l'avant-bras gauche pour hyperparathyroïdie primaire; prise d'insuline suite à l'ablation partielle du pancréas en 2018 pour tumeurs neuroendocrines ; présence d'une parathyroïde résiduelle intra-thoracique; adénome apophysaire. Il était suivi depuis 1995 par la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie / diabétologie, chef de clinique au service d'endocrinologie, diabétologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).

Selon le questionnaire de demande, il n'avait pas besoin d'aide pour les six actes ordinaires de la vie, ni de surveillance ni de moyens auxiliaires, mais il avait en revanche besoin d'accompagnement permettant de faire face aux nécessités de la vie soit d'une rente partielle depuis juin 2018 pour lui permettre de vivre de façon indépendante.

2. L'OAI a accusé réception de cette demande par courrier du 11 septembre 2018: L'OAI avait des doutes sur l'adéquation de la demande. L'assuré était invité à lui indiquer si sa demande tendait à une allocation pour impotent ou plutôt à une réadaptation/rente. Un nouveau formulaire (réadaptation/rente) était joint à ce courrier; si le premier formulaire transmis était erroné, il était invité à remplir le questionnaire annexé et le retourner à l'office avec la mention "annule et remplace la demande de prestations pour impotent". Sans réponse de sa part dans les 30 jours, l'OAI lui notifierait une décision de non-entrée en matière.
3. Le 19 septembre 2018, l'assuré a déposé une demande de prestations mesures professionnelles/rentes. Il avait été en incapacité totale (100 %) de travailler du 9 avril 2018 au 3 septembre 2018, et à 50 % dès le 4 septembre 2018 (en cours). Il émargeait au chômage dont il avait reçu des prestations à 100 % du 1<sup>er</sup> mai au 31 août 2018, et à 50 % dès le 1<sup>er</sup> septembre 2018. Titulaire d'un CFC, il avait en dernier lieu exercé une activité d'aide-comptable à plein temps (100 %) du 27 juin 2017 au 31 août 2018 au service de Acces Personnel SA. Son salaire (pour missions temporaires était de CHF 41.90/h y inclus indemnités de vacances (CHF 3.74), indemnités jours fériés (CHF 1.18) et 13<sup>ème</sup> salaire (CHF 3.22).
4. Il ressort d'une note de travail du 5 novembre 2018 que selon entretien téléphonique du jour avec Monsieur C\_\_\_\_\_, conseiller ORP, que l'assuré était en reprise à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2018; qu'il était motivé, proactif, et inscrit pour une mesure MMT à partir de janvier 2019.

5. Par courrier du 7 décembre 2018, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de refus de rente d'invalidité et mesures professionnelles. Dans le cadre de la collaboration interinstitutionnelle, l'office avait été informé par son conseiller en personnel au chômage de ce qu'il avait recouvré sa pleine capacité de travail dès le 1<sup>er</sup> octobre 2018. De plus il ne présentait pas une année d'incapacité de travail (début du délai d'attente avril 2018) de sorte que son éventuel droit à la rente n'entraîne pas en ligne de compte dans son cas.
6. Par courrier du 14 janvier 2019 l'assuré a contesté le projet de décision susmentionné: il a produit un certificat d'arrêt de travail à 50 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et un rapport de son médecin traitant (Dresse B\_\_\_\_\_) du 2 janvier 2019. Au terme de ce rapport, l'assuré était connu pour une NEM1 avec comme atteintes actuelles une hyperparathyroïdie primaire opérée, des microadénomes hypophysaires non-fonctionnels et des tumeurs neuro-endocrines du pancréas. Il a subi une pancréatectomie partielle en 2018 dans ce contexte, et présentait actuellement un diabète pancréatoprive nécessitant une insulinothérapie fonctionnelle de type basale-bolus (minimum quatre injections par jour). Des bilans réguliers étaient nécessaires, ainsi que des imageries spécifiques, surtout pour le suivi des tumeurs pancréatiques, en raison d'antécédents de décès précoces, liés à cette cause, de membres de sa famille ayant hérité de la même mutation. De ce fait et en raison de l'impact psychologique extrêmement lourd en lien avec sa maladie, l'évolutivité, le suivi rapproché nécessaire et les complications (diabète insulino-requérant), la capacité de travail (CT) était jugée à maximum 50 %, avec possiblement une incapacité totale de travail dans le futur.
7. Dans un avis du 28 janvier 2019, la doctoresse D\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) considérant les faibles éléments médicaux au dossier et prenant en compte le rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ susmentionné, a estimé ne pas pouvoir se prononcer: il invitait l'OAI à adresser un nouveau questionnaire médical pour spécialiste à l'endocrinologue traitante et à demander à l'assuré s'il était suivi par d'autres médecins (généraliste, psychiatre, chirurgien digestif ) afin de solliciter des rapports des médecins concernés.
8. L'assuré a indiqué à l'OAI par courrier du 4 février 2019 que son seul médecin actuel était la Dresse B\_\_\_\_\_.
9. Après une demande de renseignements médicaux complémentaires au médecin traitant, suivie de rappels infructueux et d'une sommation à l'assuré, l'OAI a reçu, le 12 avril 2019, le questionnaire pour spécialiste endocrinologue de la Dresse B\_\_\_\_\_, auquel étaient joints deux rapports médicaux (rapport de consultation ambulatoire d'endocrinologie du 15 juin 2018 (Dre E\_\_\_\_\_ cheffe de clinique aux HUG) et un rapport de bilan de réévaluation d'imagerie du Département diagnostique – service de médecine nucléaire des HUG du 25 janvier 2019 (Prof F\_\_\_\_\_, Médecin adjoint en radiologie et Dr G\_\_\_\_\_, chef de clinique en médecine nucléaire). La Dresse B\_\_\_\_\_ indique sous status détaillé (anamnèse et constatations objectives) : impact psychologique majeur dans les

suites de la pancréatectomie et en lien avec le mauvais pronostic. Les diagnostics endocrinologiques ayant des répercussions sur la CT étaient le NEM1 avec comme atteintes actuelles une hyperparathyroïdie primaire opérée, des microadénomes hypophysaires

non-fonctionnels et des tumeurs neuro-endocrines du pancréas, opérées. Le pronostic était souvent mauvais et difficile à évaluer en raison des restrictions fonctionnelles découlant des atteintes susénoncées et du suivi médical très régulier obligatoire avec de multiples consultations, investigations, imageries, bilans biologiques et interventions chirurgicales fréquentes un diabète pancréatoprive sous traitement intensif d'insuline, des répercussions psychologiques majeures en lien avec le mauvais pronostic. Une CT maximum de 50 % depuis fin 2018, avec possible incapacité complète dans le futur, dans toute activité.

10. Le SMR s'est prononcé sur les documents médicaux décrits et énoncés ci-dessus, par avis du 4 juin 2019: la Dresse B\_\_\_\_\_ avait confirmé son précédent avis. Le SMR remarquait une discordance entre l'avis de la spécialiste traitante et les indications de l'assuré. Il invitait l'administration à mettre en place une expertise en médecine interne afin de définir si l'atteinte était durablement incapacitante, et déterminer la CT dans toute activité dans l'économie libre.
11. Après avoir informé l'assuré, par courrier du 7 juin 2019, de son intention de confier une expertise en médecine interne à la docteure H\_\_\_\_\_, médecin praticien FMH en médecine interne générale, médecin certifié en Appréciation de la Capacité de Travail SIM (Informations sur l'expert - rapport d'expertise mono disciplinaire de médecine interne générale p. 3 ad I.1.a.3), auprès du Swiss Medical Expertise SA (ci-après : SMEX), en lui soumettant la mission et la possibilité de récuser l'expert pressenti, l'OAI a confirmé au SMEX le mandat confié.
12. L'experte a déposé son rapport le 10 octobre 2019. Après avoir situé le cadre de l'expertise, les bases sur lesquelles elle reposait (examen du dossier, entretien individuel avec l'expertisé, examen clinique et observations de l'expert - le 29 juillet 2019 -, questionnaire médical rempli par l'expertisé, documents médicaux supplémentaires) et notamment avoir indiqué avoir informé le patient sur les raisons des examens médicaux et le but de la démarche, la Dresse H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'expertisé avait évoqué d'emblée sa pathologie chronique touchant l'hypophyse, la parathyroïde et le pancréas, ce qui avait récemment nécessité une pancréatectomie partielle et la programmation future de l'ablation d'une 5<sup>ème</sup> parathyroïde de découverte récente. Elle a consigné les différents thèmes évoqués lors de l'entretien approfondi (affections actuelles, troubles actuels et apparition- évolution des limitations, réactions de l'entourage, mesures de traitement, manière dont l'intéressé perçoit sa maladie, gestion des troubles dans la vie quotidienne, représentation de l'évolution future de la maladie, et recueilli les réponses et commentaires de l'expertisé. Elle a ensuite procédé à une anamnèse très complète : anamnèse systématique liée à la spécialisation, anamnèse familiale/hérédité, formation scolaire et parcours professionnel, tableau clinique par

---

rapport au travail, anamnèse sociale. Elle a procédé à l'examen clinique, en particulier au status très complet, en consignnant ses observations. Elle a noté avoir requis, dans la perspective de l'expertise, le dernier compte rendu des HUG (Dresse B\_\_\_\_\_ - 22 juillet 2019). Elle a retenu comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail: diabète hyperosmolaire inaugural (AC négatifs), sous insuline depuis l'épisode de décompensation de février 2018. Diagnostics sans incidence sur la capacité de travail: 1. Tumeurs pancréatiques neuroendocrines bien différenciées (biopsie de 2011) de 1.2 cm dans la partie inférieure du pancréas ; 2. Pancréatectomie caudale sur tumeurs neuroendocrines bien différenciées de 23 nodules et 4 ganglions lymphatiques non tumoraux (avril 2018) ; 3. Myopie opérée à l'âge de 25 ans ; 4. Hyperparathyroïdie primaire persistante sur 5<sup>ème</sup> parathyroïde bien médiastinale 2017 ; 5. Part-thyroïdectomie subtotale avec réimplantation dans la loge inférieure du bras gauche 1995 ; 6. 2 lésions hypophysaires dont un kyste de Rathke de 2 mm et un micro-adénome de 2 mm non sécrétant, depuis 2011 ; 7. Exérèse mélanomes à l'avant-bras droit ; 8. Hémangiomes sur les ailes iliaques. Sous la rubrique évaluation et classification des troubles actuels/motivation des diagnostics, l'experte a noté qu'il s'agissait d'une personne assurée âgée de 40 ans au moment de l'expertise, qui se plaignait d'hypoglycémie, d'asthénie et de troubles de la concentration. L'examen clinique était normal avec un IMC à 21.6. Il n'avait pas été retrouvé de complications micro- ou macro-angiopathiques du diabète. Il était noté des erreurs de diététique qui, probablement, pouvaient expliquer les hypoglycémies décrites, comme ne pas consommer des hydrates de carbone après l'effort. Du point de vue des limitations fonctionnelles: des précautions d'usage à observer pour les personnes diabétiques, à savoir: faire trois pauses et s'alimenter de façon équilibrée afin d'éviter les hypoglycémies. Évaluation et classification des troubles par rapport aux évaluations antérieures: selon l'I.R.M. de mars 2017 et le PET-CT de janvier 2019, il y a une stabilité des lésions résiduelles du pancréas et des lésions hypophysaires. Selon le rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ (22 juillet 2019), les hypoglycémies sont en rapport avec les erreurs diététiques selon la dernière consultation du 17 juillet 2019, ce qui est en cohérence avec l'expertise de ce jour. Évaluation médicale et médico-assurancielle: célibataire, sans enfant est au bénéfice d'un CFC d'employé de commerce avec pour dernière activité aide-comptable. La demande de prestations AI a été effectuée en date du 18 septembre 2018 pour atteinte à la santé en rapport avec un diabète insulino-requérant associé au syndrome NEM. Les atteintes à la santé sont non incapacitantes en respectant le profil d'effort.

En ce qui concerne l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité, l'expert a notamment examiné le certificat d'arrêt de travail de la Dresse de E\_\_\_\_\_ du 13 avril 2018, indiquant une incapacité de travail à 100 % du 9 avril au 31 mai 2018, et de 0 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2018. L'experte commente : l'atteinte à la santé a nécessité une incapacité totale limitée dans la durée qui correspond à la période d'hospitalisation avec reprise à 100 % de la CT dans les deux mois qui ont suivi l'opération. L'experte en conclut que ceci est en cohérence avec les observations de

l'expertise du jour. Elle a en outre examiné les rapports (certificat) de la Dresse B\_\_\_\_\_ des 15/12/2018, et des 2 et 29/1/2019: la Dresse B\_\_\_\_\_ a établi, respectivement en décembre 2018 et en janvier 2019, une capacité de travail à 40 % et à 50 % en raison d'un impact psychologique extrêmement lourd associé à l'atteinte à la santé et ce, sans pour autant définir les éventuelles limites fonctionnelles inhérentes. De même, il n'y a pas de suivi psychologique avéré depuis la découverte de la maladie en 2018. Les observations de (l'endocrinologue traitante) divergent de l'expertise de ce jour.

Quant à l'appréciation des capacités, ressources et difficultés, l'experte relève que l'expertisé ne peut pas monter sur des échafaudages ni sur des échelles. Il doit observer les deux pauses de 15 minutes (le matin et l'après-midi) ainsi que la pause à midi afin de s'alimenter trois fois en rapport avec les injections d'insuline. Le travail de nuit doit être régleménté à cet effet. Elle observe que tant que l'atteinte à la santé sera stable, le profil effort ne changera pas.

Elle a ensuite répondu aux questions qui lui étaient posées : s'agissant de la capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici, elle estime que la CT comme aide-comptable a toujours été de 100 %, sauf pendant l'hospitalisation en avril 2018 et pour deux mois, soit du 9 avril au 31 mai 2018. L'activité comme aide-comptable correspondait au profil d'effort. Actuellement l'expertisé pouvait assumer 8h25 (par jour) de présence dans l'activité exercée en dernier lieu, sans diminution de rendement. La CT était donc de 100 % par rapport à un emploi à 100 %. Elle ne changerait pas tant que l'atteinte à la santé serait stable. Les mêmes réponses valaient pour une activité adaptée.

13. Le SMR a émis, le 22 octobre 2019, un nouvel avis médical après retour du rapport d'expertise de la Dresse H\_\_\_\_\_. L'experte retient le diagnostic de NEM1. Elle explique que l'assuré a présenté, en lien avec la néoplasie endocrinienne multiple, des tumeurs neuroendocrines du pancréas, ayant nécessité une pancréatectomie caudale, des adénomes parathyroïdiens, ayant nécessité des exérèses multiples, et des lésions hypophysaires. Elle retient le diagnostic de diabète insulino-dépendant, consécutif à la pancréatectomie, comme seule atteinte incapacitante. Elle explique que le diabète n'est pas décompensé, avec une hémoglobine glyquée dans les normes, et que l'assuré est capable de faire du sport (basket, course à pied). Le SMR remarque que l'experte confirme la discordance entre les plaintes d'asthénie et de troubles de concentration justifiant l'incapacité de travail de 50 % et l'absence de limitations dans les activités quotidiennes, en particulier sportives. Elle retrouve un examen clinique sans particularité; les autolimitations sont en rapport avec des freins psychologiques et non les atteintes à la santé. Elle atteste une CT pleine dans toutes les activités qui respectent les limitations en particulier dans l'ancienne activité d'aide-comptable (pas d'utilisation d'échelles ou d'échafaudages, horaires et repas réguliers, pas de travail de nuit, deux pauses de 15 minutes le matin et l'après-midi). Le SMR rappelait que l'expert précise que la CT comme aide-comptable a toujours été de 100 %, sauf pendant l'hospitalisation en avril 2018

et pendant deux mois. Les seules atteintes liées à la NEM1, pouvant jouer un rôle sur la CT sont les tumeurs neuroendocrines du pancréas, ayant entraîné un diabète, les adénomes parathyroïdiens et hypophysaires, une fois traités ne pouvant avoir de conséquences. Dès lors, il faut s'en tenir aux conclusions de l'expert et considérer que la CT est toujours restée pleine dans l'ancienne activité d'aide-comptable, hormis de façon très transitoire pendant l'hospitalisation en avril 2018 et du 9 avril au 31 mai 2018.

14. Sur quoi, le 30 octobre 2019, l'OAI a notifié sa décision de refus de rente d'invalidité de mesures professionnelles à l'assuré, rappelant les termes de son projet de décision du 7 décembre 2018, que l'assuré avait contesté, pièces médicales de son médecin traitant à l'appui. Il en était résulté la mise en place d'une expertise en médecine interne, qui s'est tenue le 29 juillet 2019. Il ressortait de cet examen médical que la CT était toujours restée pleine et entière dans l'ancienne activité d'aide-comptable. Le projet de décision a donc été confirmé, la demande de prestations étant rejetée.
15. Par courrier du 27 novembre 2019, la Dresse B \_\_\_\_\_, s'est adressée au SMR. Se référant au rapport d'expertise du 14 (recte : 10) octobre 2019, elle rappelle que son patient souffre d'une néoplasie endocrinienne multiple de type 1, avec comme atteintes actuelles une hyperparathyroïdie primaire opérée, des adénomes hypophysaires non fonctionnels et des tumeurs neuroendocrines du pancréas. Le patient avait effectivement subi une pancréatectomie caudale en 2018 et présentait actuellement un diabète pancréatoprive nécessitant une insulinothérapie fonctionnelle de type basale-bolus. Il était important de mentionner que le diabète insulino-requérant avait débuté déjà avant la pancréatectomie ce qui montrait qu'il pouvait s'agir d'une atteinte également liée à une sécrétion neuroendocrine par les tumeurs pancréatiques, qui n'avait pas pu être prouvée biologiquement. Elle relevait également que parmi les différentes tumeurs neuroendocrines pancréatiques, la plus volumineuse était toujours en place et se trouvait au niveau de la tête du pancréas, raison pour laquelle le patient serait très probablement réopéré à court-moyen terme. Concernant l'hyperparathyroïdie primaire opérée, il persistait une cinquième parathyroïdie médiastinale avec biologiquement une hyperparathyroïdie primaire persistante avec des calcémies fluctuant autour de la limite supérieure de la norme. Effectivement, seul le diabète insulino-requérant, chez un patient jeune, ne constitue en aucun cas une raison d'incapacité de travail partielle. Néanmoins, dans ce cas de figure, il fallait inclure la prise en charge de ce diabète dans le contexte de cette maladie extrêmement lourde, et évolutive. L'état physique et psychique du patient était extrêmement variable avec effectivement des phases où il est tout à fait adéquat sur le plan somatique (travail, sport), mais aussi des phases beaucoup plus difficiles avec un diabète labile avec également des symptômes de dépression, faiblesse et fatigue généralisées qui accompagnent l'hypercalcémie relative en lien avec l'hyperparathyroïdie primaire. Il était également important de souligner que la NEM1 et particulièrement la mutation dont le patient est porteur, est associée à une

évolutivité potentiellement rapide. Comme déjà mentionné dans son premier courrier, elle rappelait qu'il y avait eu des décès précoces de membres de la famille ayant hérité de la même mutation, l'élément causal étant vraisemblablement les tumeurs neuroendocrines du pancréas. Enfin le patient devait être suivi de manière rapprochée et subirait vraisemblablement une chirurgie complémentaire de son hyperthyroïdie primaire et une pancréatectomie de totalisation dans un futur proche, avec des conséquences lourdes sur sa qualité de vie notamment avec une difficulté du contrôle de la calcémie après ablation totale des parathyroïdies et les conséquences de la perte de la fonction pancréatique endocrine-exocrine. Pour toutes ces raisons elle estimait que la CT actuelle était au maximum de 50 % avec très probablement une incapacité complète dans le futur.

16. Par mémoire du 4 décembre 2019, l'assuré représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision du 30 octobre 2019. Il conclut principalement à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente AI, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision tenant compte des constatations de l'expertise ordonnée, le tout avec suite de frais et dépens.

En substance, après avoir longuement décrit son parcours, les circonstances de l'apparition du NEM1 diagnostiqué chez plusieurs membres de sa famille, et sur lui-même, ainsi que ses conséquences sur sa vie et sa santé, il remet en cause implicitement la valeur probante de l'expertise de la Dresse H\_\_\_\_\_, suggérant que la spécialité de ce médecin, décrit comme praticien FMH en médecine interne générale, voire d'après une « rapide recherche google » la présentant comme un médecin de famille praticien, n'était pas adéquate. Il allègue en particulier que « de manière très surprenante, la Dresse H\_\_\_\_\_ n'aurait pas arrêté que le recourant souffrait de Néoplasie Endocrinienne multiple (NEM1) et que les troubles décrits sous la rubrique Diagnostic dont il était atteint découlaient de cette maladie génétique rare. Il oppose à l'avis de l'experte ceux exposés par l'endocrinologue traitante, la Dresse B\_\_\_\_\_, commentant notamment le courrier que cette dernière avait adressé au SMR le 27 novembre 2019, et celui sollicité du Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie, à l'appui de son recours (rapport de ce dernier du 25 novembre 2019). Il insiste notamment sur le fait que ce dernier s'était déclaré surpris par le fait que personne n'ait jamais proposé au patient, jusqu'alors, un examen neuropsychologique et/ou une évaluation psychiatrique, vu l'impact psychologique des diagnostics retenus, du pronostic de certaines de ses atteintes et de l'inconnu que cela suscite pour son proche avenir, ainsi que du retentissement dramatique que le syndrome familial de NEM1 avait eu, emportant plusieurs membres de sa famille, tous éléments pouvant avoir un impact sur sa CT en termes d'énergie ainsi que sur ses capacités de concentration. Il sera revenu ci-après dans les considérants, et dans la mesure utile, sur le détail de cette argumentation. Le recourant en déduit que la compréhension globale de son cas nécessiterait une expertise portant également sur les aspects neurologiques et

---

psychiatriques ; ce à quoi il conclut préalablement à la mise en place d'une expertise devant évaluer si les statuts neurologique et psychiatrique lui permettent d'assurer un emploi à 100 %.

17. L'intimé a répondu au recours par courrier du 19 décembre 2019, concluant à son rejet. L'OAI avait soumis au SMR les dernières pièces médicales produites par le recourant ; il visait - en s'y référant - l'avis du SMR du 13 décembre 2019.

Le SMR rappelle que, sur la base de l'expertise du SMEX (Dresse H\_\_\_\_\_), il avait retenu que la CT était entière dans toute activité, depuis toujours. Le diagnostic retenu était une neuro-endocrinopathie multiple type 1 et seul le diabète secondaire insulino-dépendant, entraînait des limitations fonctionnelles qui étaient respectées par l'activité habituelle. Dans le cadre du recours, diverses pièces médicales nouvelles lui étaient soumises pour appréciation : le rapport du 25 novembre 2019 du Dr I\_\_\_\_\_, consulté pour un second avis, estimait que l'état de santé somatique était bon, de même que l'état général. Cependant il lui semblait relativement évident que la CT n'était pas de 100 % en raison des plaintes de troubles de la concentration et de la fatigue. Il proposait une expertise psychologique éventuellement neuropsychologique. Le SMR estime que la fatigue et les troubles de la concentration sont des symptômes subjectifs: lors de l'expertise du 10 octobre 2019 (recte : 29 juillet 2019), il n'avait pas été mis en évidence de signes d'appel permettant d'objectiver ces symptômes. L'anamnèse relevait que l'assuré était totalement autonome. Il pouvait faire ses courses, son ménage, ses lessives ; il avait des loisirs et des amis ; il faisait du sport régulièrement et partait en vacances ; l'assuré indiquait avoir bon moral, ne se considérant pas comme malade, et se représentait l'évolution future de sa maladie d'une manière positive. L'experte n'avait pas mis de troubles cognitifs en évidence à l'examen clinique. Ainsi elle n'avait pas relevé d'éléments objectifs pouvant confirmer une fatigue et un trouble de la concentration. En l'absence de signes d'appel psychiatrique lors de l'expertise, un complément d'expertise psychiatrique ou neuropsychologique n'était pas nécessaire. Par ailleurs, le rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_, endocrinologue traitante, indiquait que l'assuré présente encore une tumeur au niveau de la tête du pancréas, et qu'il devrait très probablement être opéré. Il existait une cinquième parathyroïdie médiastinale, entraînant des calcémies fluctuant autour de la limite supérieure de la norme. L'assuré devrait prochainement être opéré de l'hyperparathyroïdie et de la tumeur du pancréas. Ce médecin estimait que la CT de 50 % actuellement, pourrait être nulle dans le futur. Le dossier comptait d'ailleurs des certificats d'arrêt de travail à 50 % établis par ce médecin dès le 1<sup>er</sup> janvier 2019 jusqu'au 30 janvier 2020. Selon le SMR, ce nouveau rapport n'amenait pas de nouvel élément médical objectif permettant de remettre en question les conclusions du rapport d'expertise du 10 octobre 2019. L'assuré n'avait pas de prise en charge psychiatrique et l'expert ne décrivait pas de signes d'appel à l'anamnèse et au status pour une pathologie psychiatrique. L'assuré décrivait qu'il maintenait des aptitudes physiques et sportives, qu'il avait une vie sociale et qu'il avait bon moral. À

l'examen clinique, l'experte ne décrivait pas de fatigabilité. En ce qui concerne le diabète, des erreurs diététiques avaient été décrites par l'experte, et avaient été mises en relation avec les variations de glycémie de l'assuré. En conclusion ces nouveaux rapports médicaux n'amenaient pas d'éléments susceptibles de remettre en question l'appréciation précédente du SMR, une expertise complémentaire ne semblant pas nécessaire.

18. Le recourant a brièvement répliqué par courrier de son conseil du 28 février 2020. Il persistait dans ses conclusions. Il ne pouvait que constater que les experts médicaux consultés par l'intimé ne semblaient pas connaître les tenants et aboutissants de sa pathologie, ce qui en soi n'était pas surprenant vu que ladite pathologie était une maladie orpheline, donc rare par définition. Selon lui, les médecins analysaient point par point ses problèmes de santé, pour aboutir à chaque fois à la conclusion que le point examiné n'était pas problématique. En additionnant simplement les symptômes, les experts aboutissaient fort logiquement à la conclusion que sa CT était maintenue et intacte. Or il souffrait d'une maladie "dégénérative" qui se dévoilait par la présence de symptômes observables. En conséquence il ne fallait pas évaluer ses problèmes de santé en partant des symptômes, mais en prenant en compte sa maladie, et évaluer l'impact des symptômes sur la CT. Cette manière de procéder démontrerait qu'il doit faire face à une maladie extrêmement invalidante et dégénérative qui ne peut qu'avoir des répercussions sur sa capacité de gain. Il estimait que seul un expert reconnu de sa maladie serait à même de considérer son cas dans toute sa complexité. Pour s'en convaincre, il suffisait de constater que le Dr I\_\_\_\_\_, endocrinologue, qui ne se trouvait pas dans un rapport spécial avec lui, considérerait que cette maladie atteignait sa capacité de gain.
19. L'intimé a brièvement observé, par courrier du 23 mars 2020, qu'après avoir pris connaissance des arguments développés par le recourant dans sa réplique, l'OAI ne pouvait que maintenir ses conclusions.
20. Les parties ne se sont plus manifestées.
21. 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), 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
  3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans les formes et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
  4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'AI, singulièrement à une rente, les parties divergeant sur la question de la capacité de travail de l'assuré.
  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, mentale ou psychique 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).
  6. 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.

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).

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).

7. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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. Selon

l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

8. a. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 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.

b. Ainsi, en principe, 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).

c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant

---

pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

9. 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).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).
12. En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé de lui avoir nié tout droit à une rente, en s'appuyant sur l'avis du SMR, lequel a essentiellement fait siennes les conclusions du rapport d'expertise du SMEX (soit de l'experte désignée par cet organisme, la Dresse H\_\_\_\_\_ ) laquelle aboutissait à la conclusion que la CT du recourant a toujours été pleine et entière dans l'activité exercée en dernier lieu, d'aide-comptable, cette activité étant en soi de nature à respecter les limitations fonctionnelles qu'elle a retenues; une conclusion identique s'imposant pour toute autre activité respectant lesdites limitations fonctionnelles. Il y a dès lors lieu d'examiner si le rapport d'expertise du 10 octobre 2019 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

a. Comme rappelé ci-dessus, une expertise administrative confiée à un médecin indépendant, établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, l'expert aboutissant à des résultats convaincants doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, aussi longtemps qu'aucun élément objectif n'a été rapporté, qui soit susceptible de mettre en évidence que l'expert n'aurait pas tenu compte d'éléments importants de nature à susciter un doute sur son objectivité ou sur la pertinence de ses conclusions.

b. Le recourant laisse entendre que la Dresse H\_\_\_\_\_ ne disposait pas des compétences nécessaires pour apprécier correctement sa situation, et son état de santé, par rapport à la spécificité de la ou des pathologies dont il est atteint, en particulier en relation avec la néoplasie endocrinienne multiple type 1 ou NEM1, maladie génétique rare (orpheline). Selon lui, les lacunes qu'il prétend déceler dans cette expertise seraient précisément dues au fait que l'experte, (simple) spécialiste FMH en médecine interne générale - ou encore, selon certaines pages issues d'une rapide recherche sur Google, un médecin de famille praticien -, n'était selon lui pas apte à connaître cette maladie. Il lui oppose les endocrinologues qu'il a consultés, en tant qu'endocrinologue traitante, la Dresse B\_\_\_\_\_ (HUG), et le Dr I\_\_\_\_\_, médecin en ville, consulté pour un second avis, et à ce double titre (endocrinologue et « non médecin traitant ») susceptible d'avoir plus de poids dans la prise en considération de son appréciation. Sur ce point, le recourant ne saurait être suivi. L'expert est en effet une spécialiste reconnue (FMH) en médecine interne générale, couvrant précisément le domaine de l'expertise mise en place par l'intimé; elle disposait ainsi des compétences nécessaires pour se prononcer dans le cas d'espèce, en toute connaissance de cause, la problématique du recourant étant en effet du ressort de la médecine interne. Du reste, selon la FMH, l'endocrinologie est une sous-spécialité à adjoindre au titre de spécialiste FMH en médecine interne, incluant d'ailleurs également la diabétologie, selon le programme de formation post graduée mise en place par la FMH (consultable notamment à l'adresse : [https://www.fmh.ch/files/c2/data/pdf/endocrinologie\\_1997\\_f.pdf](https://www.fmh.ch/files/c2/data/pdf/endocrinologie_1997_f.pdf)).

c. La chambre de céans constate que cette expertise, menée par un spécialiste reconnu, répond à toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'on lui reconnaisse une pleine valeur probante. La Dresse H\_\_\_\_\_ fonde ses conclusions sur une anamnèse très complète, tant sur le plan de l'historique de l'état de santé, de la maladie et de son évolution, que sur le plan familial et héréditaire, social, professionnel, décrivant également une journée-type, l'organisation des loisirs, du sport, des activités habituelles; elle a recueilli attentivement les plaintes de l'expertisé, procédé à un examen clinique très complet, retenu au titre de diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail un diabète hyperosmolaire inaugural (AC négatifs), sous insuline depuis l'épisode de décompensation en février 2018, ainsi que des diagnostics sans incidence sur la capacité de travail (pour le détail, voir ci-dessus en fait ch.12). Elle a également relevé, à l'instar de l'endocrinologue

traitante, les facteurs qui probablement pouvaient expliquer les hypoglycémies décrites, comme le fait de ne pas consommer des hydrates de carbone après l'effort, les limitations fonctionnelles à observer, soit les précautions d'usage requise pour les personnes diabétiques (trois pauses par jour et s'alimenter de façon équilibrée afin d'éviter les hypoglycémies), s'est prononcée sur la capacité de travail, actuelle et rétrospective, concluant que cette capacité comme aide-comptable avait toujours été de 100 %, sauf pendant l'hospitalisation en avril 2018 et pour deux mois, sans perte de rendement. Elle s'est également prononcée sur les raisons pour lesquelles elle ne partageait pas l'avis de la Dresse B\_\_\_\_\_ lorsque cette dernière estime une capacité de travail de 40 % respectivement 50 % (en raison d'un impact psychologique extrêmement lourd associé à l'atteinte à la santé) : elle observe à cet égard que ce médecin traitant ne définit pas en quoi le patient serait affecté par des éventuelles limitations fonctionnelles inhérentes à cet impact psychologique, rappelant d'ailleurs que l'intéressé n'a fait l'objet d'aucun suivi psychologique avéré depuis la découverte de la maladie en 2018. En ce qui concerne le pronostic et l'évolution possible de la CT, constatant que l'atteinte à la santé est stable selon la documentation médicale à disposition, et au vu de ses constatations cliniques, elle a conclu que la capacité de travail ne changerait pas tant que l'atteinte à la santé serait stable. Ses conclusions sont claires et cohérentes, de sorte que l'on peut reconnaître une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise.

d. Contrairement à ce que le recourant tente de soutenir, l'experte a naturellement pris en compte le fait qu'il souffrait de NEM1. Elle l'évoque notamment dans l'anamnèse; on peut lire en effet sous le sous-titre de anamnèse familiale/hérédité (p. 5 du rapport d'expertise du 10 octobre 2019 ad I.3.b.3) : « La pathologie NEM1 dont la personne assurée souffre est retrouvée chez sa mère, âgé de 62 ans, qui a des problèmes de parathyroïdie, mais pas du pancréas; chez un grand-père, ainsi que chez trois tantes maternelles et un oncle maternel qui en est décédé ». L'experte en a en outre tenu compte, dans son étude du dossier, en évoquant le contenu des pièces médicales reçues (not. Annexe 1 au rapport principal, p.4 rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 15.12.2018).

Le recourant reproche à l'experte le fait de ne pas avoir « arrêté que le recourant souffrait de... NEM1 et que les troubles décrits sous la rubrique Diagnostic dont était atteint le recourant découlaient de cette maladie génétique rare » (recours p.8 ch. 46); pour en déduire que, selon lui, il apparaîtrait « que l'expertise relève les conséquences des seuls symptômes d'une maladie génétique sur la capacité de travail du recourant sans examiner les conséquences de cette dernière sur la capacité de travail du recourant » (idem ch. 47). Ce reproche n'est pas fondé : au chiffre 10 de son exposé en fait (recours p. 3), le recourant donne en effet la définition de la néoplasie endocrinienne multiple de type 1, qu'il prétend tirée de l'expertise. Cette définition ne figure pas dans l'expertise : elle est extraite de l'article que lui consacre Wikipédia : *Étiologie: La néoplasie endocrinienne multiple de type 1 se définit comme une prédisposition héréditaire à développer des tumeurs*

---

*neuroendocrines. Le gène responsable appelé MEN1 a été identifié en 1997 et localisé en 1998 sur le bras long du chromosome 11 ; il code une protéine dénommée ménine. Cette découverte permet donc le diagnostic génétique. ( Consultable à l'adresse : [https://fr.wikipedia.org/wiki/N%C3%A9oplasie\\_endocrinienne\\_multiple\\_type\\_1](https://fr.wikipedia.org/wiki/N%C3%A9oplasie_endocrinienne_multiple_type_1)). Or cette définition explique par elle-même la raison pour laquelle ce sont bien les conséquences (les tumeurs) de cette prédisposition que l'on traite et dont on peut évaluer les conséquences sur la capacité de travail.*

13. Par courrier du 27 novembre 2019, - postérieurement à la décision entreprise (30 octobre 2019) –, la Dresse B\_\_\_\_\_ s'est adressée au SMR se référant manifestement au rapport d'expertise de la Dresse H\_\_\_\_\_ (" J'ai pris connaissance de votre rapport du 14 [recte : 10] octobre 2019... Dans ce contexte permettez-moi de clarifier la situation donnant quelques informations supplémentaires."). Au niveau diagnostics/atteinte à la santé, elle persiste dans ses rapports précédents, confirmant implicitement les éléments retenus dans l'expertise. Elle indique que, parmi les différentes tumeurs neuroendocrines pancréatiques, la plus volumineuse est toujours en place et se trouve au niveau de la tête du pancréas, raison pour laquelle le patient serait très probablement réopéré à court-moyen terme. Elle précise encore que concernant l'hyperparathyroïdie primaire opérée, il persiste une cinquième parathyroïdie médiastinale avec biologiquement une hyperparathyroïdie primaire persistante avec des calcémies fluctuant autour de la limite supérieure de la norme. Elle admet, à l'instar des conclusions de l'experte, que seul le diabète insulino-requérant, chez un patient jeune, ne constitue en aucun cas un motif d'incapacité de travail partielle. Elle considère que, néanmoins, dans le cas de figure, il faut inclure la prise en charge de ce diabète dans le contexte de cette maladie extrêmement lourde et évolutive. Elle indique que l'état physique et psychique du patient est extrêmement variable avec effectivement des phases où il est tout à fait adéquat sur le plan somatique (travail, sport), mais aussi des phases beaucoup plus difficiles avec un diabète labile avec également des symptômes de dépression, faiblesse et fatigue généralisée qui accompagnent l'hypercalcémie relative en lien avec l'hyperparathyroïdie primaire. Il est également important de souligner, selon elle, que la NEM1, et particulièrement la mutation dont le patient est porteur, comporte une évolutivité potentiellement rapide. Elle se réfère au décès précoce de membres de la famille de son patient ayant hérité de la même mutation, l'élément causal (des décès) étant vraisemblablement les tumeurs neuroendocrines du pancréas. Elle rappelle enfin que le patient doit être suivi de manière rapprochée et indique qu'il subirait très probablement une chirurgie complémentaire de son hyperthyroïdie primaire et une pancréatectomie de totalisation dans un futur proche, avec des conséquences lourdes sur sa qualité de vie notamment avec une difficulté du contrôle de la calcémie après ablation totale des parathyroïdies et les conséquences de la perte de la fonction pancréatique endocrine-exocrine. Telles sont les raisons pour lesquelles elle estime la CT actuelle au maximum à 50 % avec très probablement une incapacité complète dans le futur.

Force est de constater que les indications et commentaires de l'endocrinologue traitante ne permettent pas de déceler le moindre élément objectivement rapporté qui n'aurait pas été pris en compte par l'experte, et qui laisserait planer un doute quant à son objectivité et à la fiabilité de ses conclusions. La Dresse B\_\_\_\_\_ indique certes que l'assuré devrait subir à court ou moyen terme de nouvelles interventions chirurgicales, mais elles ne sont pas planifiées, et il résulte de ses explications qu'en définitive la situation du patient est actuellement stable. Certes, comme ce fut le cas en 2018, et comme l'a rappelé l'experte, ces interventions chirurgicales seraient de nature à entraîner temporairement une incapacité totale de travail, l'ablation partielle du pancréas en 2018 ayant en effet entraîné une incapacité de travail de deux mois. Elle persiste toutefois à justifier son avis, selon lequel elle estime la CT de son patient à un maximum de 50 % avec très probablement une incapacité complète dans le futur, en invoquant les mêmes motifs (symptômes de dépression, faiblesse et fatigue généralisées) que dans ses avis précédents; or, l'experte a non seulement tenu compte de cet avis, mais a indiqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles elles s'en écartait. Il existe toujours une discordance entre les explications de la Dresse B\_\_\_\_\_ et celles du patient à l'experte, quant à son état et ses capacités physiques et psychiques: il dit vivre avec sa maladie, essaye de pallier aux hypoglycémies en gérant son insuline, va de l'avant et ne se considère pas comme malade, reste positif quant à sa représentation de l'évolution future de la maladie (rapport d'expertise p.5); et il décrit une vie sans difficulté particulière dans toutes ses activités, notamment de loisirs de vacances et de sport, de même que dans ses activités ménagères (rapport d'expertise page 7). Par rapport aux plaintes subjectives d'asthénie et d'hypoglycémies, voire de manque de concentration, l'experte a décelé des erreurs de diététique qui expliquent probablement ces troubles en particulier les hypoglycémies et leurs conséquences, ce que l'endocrinologue traitante reconnaît d'ailleurs. En somme, le rapport d'expertise a bien tenu compte de tous les éléments qui sont mis en évidence par la Dresse B\_\_\_\_\_, aboutissant à la conclusion que la CT du recourant a toujours été de 100 % dans l'activité habituelle et tout autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues (hormis la période de 2 mois au printemps 2018 en raison de l'intervention chirurgicale du pancréas et ses suites), et indique que la CT ne changera pas tant que l'atteinte à la santé sera stable, ce qui paraît manifestement être le cas encore actuellement. À défaut, une aggravation de l'état de santé du recourant serait naturellement susceptible de justifier une nouvelle demande de prestations. En clair, l'avis exprimé par l'endocrinologue traitante, qu'il convient d'ailleurs d'apprécier à l'aune de la jurisprudence qui rappelle 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), ne saurait remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise de la Dresse H\_\_\_\_\_.

14. À l'appui de son recours, le recourant a produit un second avis, sollicité du Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste lui aussi en endocrinologie. Dans son avis du 25 novembre 2019, ce médecin confirme les atteintes à la santé et les diagnostics sur lesquels s'accordent d'ailleurs tous les médecins ayant examiné et connu de ce dossier médical (endocrinologue traitante, experte, et SMR); il indique que l'examen physique ne permet pas de mettre en évidence de signes particuliers en faveur de troubles de sécrétion d'origine hypophysaire et particulièrement de restrictions physiques qui auraient pu impacter sur sa capacité de travailler. Il confirme au patient qu'il apparaît effectivement en excellent état général et de surcroît sans évidence de complication consécutive à son diabète insulino-requérant. Il indique toutefois qu'il lui apparaît néanmoins difficile, dans ce contexte, d'exclure d'emblée que l'ensemble de ces diagnostics puisse interférer avec un quota d'énergie globale des capacités de concentration, et se dit surpris que l'on ne lui ait jamais proposé jusqu'ici un examen neuropsychologique et/ou une évaluation psychiatrique. Il lui paraît évident que l'impact psychologique de ces diagnostics et du pronostic de certaines de ses atteintes, et de l'inconnu que cela suscite pour les prochaines années, ainsi que le retentissement dramatique que le syndrome familial NEM1 a eu sur certains membres de ta famille, puissent avoir un impact sur sa capacité de travail en termes d'énergie ainsi que sur sa capacité de concentration. Il estime que, quel que soit cet impact psychologique, il devrait être examiné sérieusement pour déterminer réellement sa capacité de travail dans sa formation d'aide-comptable. Il ne se prononce pas sur cette CT, indiquant ne pas disposer des compétences requises pour cela, se bornant à indiquer qu'il lui semble relativement évident que la CT n'est à ce stade pas de 100 %, confirmant en cela l'opinion émise par sa collègue endocrinologue traitante. Il considère en somme qu'une expertise psychologique et éventuellement neuropsychologique permettrait de tirer adéquatement cette situation au clair.

Ce spécialiste n'apporte toutefois aucun élément décisif permettant de sérieusement remettre en cause les conclusions auxquelles l'experte est parvenue.

15. Il convient de rappeler que, selon la jurisprudence, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

La chambre de céans constate cet égard que, malgré l'étonnement que le Dr I\_\_\_\_\_ manifeste, par rapport au fait que jusqu'ici aucune approche neuropsychologique ou psychiatrique n'ait été abordée, force est en effet de constater que jamais jusqu'ici un soutien psychologique ou psychiatrique n'est apparu nécessaire au recourant, pas plus qu'il n'est apparu judicieux à son médecin traitant de l'adresser à un spécialiste de ces questions. Selon ses propres dires, l'assuré

explique qu'en 2015-2016 il était tombé en dépression qui trouvait son origine dans son état de santé de plus en plus précaire et des angoisses liées à la fin de vie; mais il avait surmonté sa dépression, par sa seule volonté, sans l'aide du corps médical (recours p. 6 ad ch. 29 et 30). Comme relevé précédemment, les explications que le recourant à données à l'experte permettent de considérer, - la chambre de céans saluant ici les efforts personnels du recourant et son courage -, que l'intéressé a su jusqu'ici gérer sa situation, expliquant d'ailleurs à l'experte que, sur le plan professionnel, il continue au quotidien à faire des recherches d'emploi (expertise page 7), la chambre de céans estime que dans le cas d'espèce, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise, comme y conclut préalablement le recourant.

16. De même, la chambre de céans n'estime pas nécessaire non plus de procéder à des mesures d'instruction complémentaire, notamment l'audition du Dr I\_\_\_\_\_ ou l'audition personnelle du recourant (appréciation anticipée des preuves).
17. Au vu de ce qui précède, force est de constater que c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de prestations du recourant, se fondant notamment sur l'expertise de la Dresse H\_\_\_\_\_, ayant pleine valeur probante, et aux conclusions de laquelle le SMR a de même adhéré.
18. Le recours sera rejeté.
19. La procédure n'étant pas gratuite, le recourant sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

Véronique SERAIN

Mario-Dominique TORELLO

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