

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4618/2017

ATAS/592/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 juin 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

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

recourant

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1967, originaire du Kosovo, est en Suisse depuis mars 1996. Il a travaillé comme saisonnier dans le bâtiment à Moudon pendant six ans, puis est venu s'installer à Genève en raison des salaires plus intéressants. Il est alors devenu étancheur sur les chantiers, par l'intermédiaire d'agences d'interim, sur la base de contrats de travail à durée déterminée.
2. En août 2014, l'assuré, souffrant depuis quelques mois de vertiges, ainsi que de douleurs lombaires bilatérales, a consulté le docteur B_____. Le médecin a retenu une insuffisance rénale aiguë sévère et l'a mis en arrêt de travail.

Une expertise de type Low level assessment a été réalisée le 21 novembre 2014 par le docteur C_____, généraliste, à la demande de HELSANA Assurances SA, assurance collective d'indemnités journalières (LCA), auprès de laquelle est affilié l'employeur.

3. Il a déposé une demande auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) le 9 janvier 2015, visant à l'octroi d'une rente d'invalidité et à la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle. Il allègue être incapable de travailler depuis le 25 août 2014, et être au bénéfice de l'Hospice général.
4. Le Dr B_____ a adressé son patient au docteur D_____, spécialiste FMH en urologie, qui a posé un diagnostic de prostatite aiguë traitée, et au docteur E_____, spécialiste FMH en néphrologie, qui a confirmé, le 5 février 2015, la présence d'une insuffisance rénale de stade III sur probable néphroangiosclérose hypertensive.
5. Dans un questionnaire du 6 février 2015, l'employeur a indiqué que l'assuré avait travaillé, en qualité d'étancheur, en mai 2014 et du 1^{er} au 30 août 2014, et qu'il avait résilié le contrat de travail pour des raisons économiques.
6. Interrogé par l'OAI, le Dr E_____ a déclaré le 26 mai 2015 que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle depuis le 25 août 2014. Il a énuméré les diagnostics suivants : insuffisance rénale de stade III sur probable néphroangiosclérose hypertensive, hypertension artérielle diagnostiquée en septembre 2014 (absence de contrôle effectué auparavant), dyslipidémie diagnostiquée en septembre 2014 et status post fracture du poignet droit il y a dix ans traitée conservativement, estimant qu'ils étaient sans effets sur la capacité de travail.
7. Le 12 juin 2015, l'OAI a informé l'assuré que des mesures d'intervention précoce et d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées selon l'avis du SMR du 2 juin 2015.
8. Interrogé par l'OAI, le docteur F_____ a retenu, le 1^{er} avril 2016, un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis 2015, une personnalité émotionnellement labile type impulsif et des problèmes somatiques (insuffisance rénale stade III, HTA etc.), tous diagnostics avec effets sur la capacité de travail,

pour lesquels l'assuré était suivi par le Dr B_____ depuis 2014. Il a relevé des antécédents familiaux de troubles mentaux et troubles du comportement. Il a précisé que, lors de sa première consultation le 21 janvier 2015, le patient présentait « un état dépressif sévère avec tous les symptômes majeurs (humeur dépressive, aboulie, anhédonie, fatigabilité) et mineurs (insomnie, troubles de la concentration et de la mémoire, perte de confiance, ruminations anxieuses, pessimisme), en plus d'une fortes nervosité, irritabilité, impulsivité hétéro-agressive (envers sa femme qui l'énerve avec son attitude autoritaire et protectrice et qui « n'arrête pas de parler... »). L'incapacité de travail est de 100% depuis le 21 janvier 2015. (...)

Il vient toujours accompagné par son épouse qui attend dans la salle d'attente, ralentissement psychomoteur moyen, masque souriant, discours monodéique, centré sur sa santé physique (rein) et psychique, langage parfois populaire et souvent grossier quand il raconte comment il a frappé son épouse, humeur subdépressive, aboulie, rumination anxieuse par rapport à l'incertitude de l'évolution de sa santé physique. Sa hantise est de perdre la fonction de ses reins et de subir la dialyse rénale. Il lutte contre le pessimisme, s'accroche à sa famille, idées suicidaires fluctuantes, désir de mort passive, par exemple succomber à un infarctus, mais aussi actif, tel que sauter du pont Butin et très faible capacité de mentalisation et d'introspection ».

Le pronostic est très réservé.

9. Dans sa note du 21 septembre 2016, le médecin du SMR, considérant qu'il ne pouvait se prononcer quant à l'exigibilité médico-théorique, a proposé de mettre en place une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets psychiatrique et néphrologique, via la plateforme Med@P.
10. Les Drs G_____, interniste, H_____, interniste et rhumatologue, et I_____, psychiatre, de la Policlinique médicale universitaire - PMU à Lausanne ont établi un rapport d'expertise le 6 juin 2017.

L'expert psychiatre ne retient aucun diagnostic en particulier. Il considère que les critères généraux pour évoquer un trouble de la personnalité ne sont pas réunis. Le fait que l'expertisé ait manifesté un épisode de violence domestique est insuffisant pour fonder une psychopathologie incapacitante. Il relève que l'expertisé ne décrit aucun symptôme cardinal comme la baisse pathologique de l'estime de soi associée à des idées de culpabilité ou encore à des idées noires et suicidaires même si celles-ci ont pu être présentes par le passé. Il n'est pas ralenti sur le plan psychomoteur, ses attitudes cognitives sont difficiles à évaluer en raison de la barrière linguistique et d'un faible bagage socio-culturel. La symptomatologie dépressive possiblement plus importante par le passé se trouve en ce moment en phase de rémission. L'expert psychiatre ajoute que, s'agissant des plaintes physiques, elles ne sont pas associées à un sentiment caractéristique de détresse tel que l'on observerait dans les syndromes douloureux somatoformes persistants ou toute pathologie psychosomatique apparentée. Selon l'expert psychiatre, il est raisonnable de formuler des doutes sur la gravité de l'atteinte psychiatrique qui ressort du dossier.

Il n'y a pas, selon lui, de restriction psychiatrique et l'expertisé est apte à s'inscrire dans une activité simple d'exécutant compatible avec son potentiel intellectuel et les limitations somatiques éventuelles.

L'expert rhumatologue a quant à lui posé les diagnostics de symptomatologie ostéoarticulaire douloureuse diffuse avec cervico-lombalgies chroniques et douleurs chroniques des deux membres inférieurs d'étiologie indéterminée. Il n'a pu relever aucune affection justifiant une incapacité de travail dans quelque profession que ce soit d'un point de vue strictement rhumatologique. Ce sont les douleurs, phénomène subjectif non mesurable, qui limitent les activités physiques de l'assuré dont l'état met essentiellement en évidence un déconditionnement musculaire global non attribuable à une pathologie organique. L'expert rhumatologue mentionne enfin que les troubles dégénératifs décrits sur les radiographies de la colonne lombaire ne sont pas spécifiques, qu'ils sont à la limite compatibles avec une évolution naturelle et surtout n'expliquent pas l'ensemble et l'intensité des plaintes douloureuses, ce qui ne met cependant pas en doute leur authenticité.

L'expert néphrologue confirme le diagnostic d'insuffisance rénale chronique de stade III probablement liée à une hypertension artérielle. Il considère que le degré d'insuffisance rénale chronique ne permet pas de retenir un degré de limitation ou une incapacité de travail.

En conclusion, les experts, après discussion collégiale, ont estimé que l'activité habituelle de maçon n'était plus adaptée à l'état de santé de l'expertisé depuis le 25 août 2014, qu'en revanche sa capacité de travail était entière depuis cette même date dans une activité adaptée. Ils ont par ailleurs indiqué qu'une aide au placement pourrait permettre à l'expertisé de revenir plus rapidement dans le monde du travail.

11. Dans sa note du 2 août 2017, le médecin du SMR a déclaré faire siennes les conclusions de l'expertise.
12. Le 23 août 2017, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision, aux termes duquel sa demande de prestations AI était rejetée, au motif que son degré d'invalidité était nul au sens de la LAI.
13. L'assuré, représenté par Me Suzette CHEVALIER, s'est opposé le 25 septembre 2017 à ce projet. Il produit deux avis
 - celui du Dr B_____ du 22 septembre 2017, aux termes duquel l'insuffisance rénale est d'un degré sévère, et non pas moyen, et un examen neuropsychologique nécessaire pour juger de l'aptitude professionnelle de son patient.
 - et celui du Dr F_____ du 23 septembre 2017, lequel préconise d'explorer plus en détails les capacités neurocognitives avant d'envisager une quelconque activité lucrative.

Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

14. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a rappelé le 19 octobre 2017 que l'expertise PMU avait valeur probante, qu'il n'y avait dès lors pas lieu de s'en écarter et que les points de vue des Drs B_____ et F_____ n'apportaient pas d'éléments nouveaux, sinon une interprétation différente du même état de faits.
15. Par décision du 20 octobre 2017, l'OAI a confirmé son projet du 23 août 2017.
16. L'assuré, par l'intermédiaire de sa mandataire, a interjeté recours le 20 novembre 2017 contre ladite décision. Il conclut, préalablement, à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique, neurocognitive, neuropsychologique et néphrologique, soit ordonnée et à ce que le Dr B_____ soit entendu et, principalement, à ce que la décision du 20 octobre 2017 soit annulée, et à ce qu'une rente entière d'invalidité dès le 25 août 2015 lui soit octroyée.

Il conteste les conclusions de l'expertise de la PMU de Lausanne et se réfère aux avis de ses médecins traitants. Il relève dans le rapport d'expertise, une importante contradiction. En effet, en pp. 18-19, il est conclu que la capacité de travail est nulle dans l'activité de maçon depuis le 25 août 2014, que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures d'ordre professionnel, sans toutefois qu'un reclassement professionnel soit judicieux, et finalement que la capacité de travail dans une activité adaptée est entière.

Il conteste la qualification de l'insuffisance rénale dans le stade III, dès lors qu'il résulte des examens paracliniques, en p. 8 du rapport de l'expertise, que l'insuffisance rénale est à un degré sévère. Or, selon le Dr B_____, ce degré de sévérité implique fatigue, asthénie, céphalées, vertiges, douleurs musculaires, etc...

Il s'étonne de ce qu'en p. 7 du rapport d'expertise, il soit indiqué qu'il souffre d'un handicap intellectuel grave dans le sens de la limitation du comportement adaptatif, qui l'empêche de fonctionner dans la vie quotidienne et que, parallèlement, l'expert psychiatre conclut tout de même à une capacité de travail de 100% dans une activité simple, sans par ailleurs indiquer en quoi elle pourrait consister.

Il rappelle que selon le Dr F_____, son absence de capacité de critiques face à des actes de violence, tel qu'un crime, - de sorte qu'il trouve normal de régler les conflits par des actes de brutalité -, est inquiétante, raison pour laquelle une expertise psychiatrique ordonnée par le tribunal se justifierait. Il relève que le Dr F_____ retient le diagnostic de traits de personnalité émotionnellement labile type impulsifs, et estime qu'une expertise neurocognitive serait utile pour confirmer ce diagnostic.

17. Dans sa réponse du 4 décembre 2017, l'OAI a considéré que l'expertise du 6 juin 2017 avait valeur probante et qu'il n'existait ainsi aucun motif justifiant de mettre en œuvre une instruction complémentaire.
18. Dans sa réplique du 11 janvier 2018, l'assuré a persisté dans les conclusions de son recours. Il relève que :

- « les résultats chimiques du 12 décembre 2016 indiqués expressément dans le rapport d'expertise en p. 8 sont ultérieurs aux constatations du Dr E_____ du 5 février 2015. Il y a donc eu une aggravation dans le temps. Cette aggravation a pu se poursuivre et il est même possible qu'il y ait encore une péjoration par rapport au 12 décembre 2016 à ce jour ».
- selon l'expert psychiatre, par exemple en p. 7, « malgré le recours de l'interprète, les questions sont difficilement comprises, les datations très difficiles, les symptômes décrits assez vagues chez un sujet perçu comme assez frustré ». Il ne comprend dès lors pas comment l'expert peut conclure dans ces conditions à une capacité de travail dans une activité simple sans même indiquer en quoi elle pourrait consister.
- l'expert psychiatre a constaté que « les attitudes cognitives sont difficiles à évaluer en raison du faible bagage socio-culturel ». Or, il apparaît essentiel de les approfondir pour déterminer les éventuelles mesures professionnelles et pour estimer la capacité de travail.
- le rapport d'expertise ne pose pas de diagnostic psychiatrique. Or, le Dr F_____ constate que tous les signes dépressifs n'ont pas disparu et considère que l'état dépressif mérite d'être mentionné comme diagnostic sous la forme d'épisode dépressif en rémission partielle. L'épouse est par ailleurs très présente, initiatrice de pratiquement chaque activité et tâche quotidienne.
- le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif n'a pas été retenu par l'expert, au motif qu'un seul fait d'agression physique n'est pas suffisant. Or, son absence de capacité critique est établie lorsqu'il relate avec fierté que son père a tué à la hache le voisin lors d'un conflit de voisinage par exemple, ou qu'il a asséné un coup de poing à un soldat croate qui l'avait insulté. Le Dr F_____ estime à cet égard qu'il présente un haut potentiel de passage à l'acte hétéro-agressif lorsque ses faibles capacités de gestion de facteurs de stress même de faible importance sont dépassées.
- le potentiel intellectuel faible ressort clairement de l'expertise. Une personne qui ne peut pas comprendre des questions simples dans sa langue maternelle aura sans aucun doute de la peine à assumer un emploi.
- Le Dr F_____ le voit du reste mieux dans une activité occupationnelle dans un cadre d'atelier protégé.

L'assuré considère dès lors que le rapport d'expertise ne remplit pas les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

19. Dans sa duplique du 29 janvier 2018, l'OAI a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

20. Ces écritures ont été transmises à l'assuré et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{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. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI.
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).
6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

7. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

Aussi la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est-elle 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).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 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.

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).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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).

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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont

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

10. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).
11. En l'espèce, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré, sur la base de l'expertise réalisée par les médecins de la policlinique médicale universitaire le 6 juin 2017.

L'assuré conteste la valeur probante de cette expertise pour les motifs suivants :

- a. Il relève une importante contradiction, en pp. 18-19, en ce sens qu'il est conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité de maçon depuis le 25 août 2014, et finalement à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Il est également indiqué que la capacité de travail peut être améliorée par des mesures d'ordre professionnel, d'une part, mais qu'un reclassement professionnel n'est pas judicieux, d'autre part.

Il n'y a toutefois pas de contradiction entre la conclusion selon laquelle la personne est incapable de travailler à 100% dans son activité habituelle et celle selon laquelle elle est en revanche capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. Par ailleurs, l'expert a certes indiqué que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures d'ordre professionnel, mais a précisé qu'il pensait à une aide au placement, de sorte qu'il est cohérent qu'il réponde par la négative à la question de savoir si un reclassement professionnel est judicieux.

- b. L'assuré attire l'attention de la chambre de céans sur le fait que l'expert néphrologue pose le diagnostic d'insuffisance rénale chronique de stade III probablement liée à une hypertension artérielle et considère que ce degré d'insuffisance rénale chronique ne permet pas de retenir une limitation ou une incapacité de travail, alors que selon le Dr B_____, le degré de l'insuffisance

rénale dont il souffre est sévère, ce qui est confirmé par le résultat des examens paracliniques figurant en p. 8 du rapport d'expertise, implique précisément fatigue, asthénie, céphalées, vertiges, douleurs musculaires, etc..., soit des effets ayant une influence sur la capacité de travail.

Il y a à cet égard lieu de relever que l'expert a repris mot pour mot les conclusions du Dr E_____ du 5 février 2015. Le Dr B_____ ne donne dès lors qu'une interprétation différente de la capacité de travail sur la base du même état de faits.

L'expert a toutefois indiqué qu'il était difficile de mettre un lien formel entre les douleurs lombaires dont se plaint le patient et la présence d'un méga-uretère congénital bilatéral mentionné par le Dr D_____. Il a dès lors recommandé une nouvelle évaluation urologique avec une scintigraphie rénale avec test au Lasix forcé afin de mettre en évidence une éventuelle aggravation du problème urologique (méga-uretère bilatéral) pouvant expliquer les lombalgies du patient.

c. L'assuré s'étonne de ce qu'en p. 7 du rapport d'expertise, il soit indiqué qu'il présente un handicap intellectuel grave dans le sens de la limitation du comportement adaptatif, qui l'empêche de fonctionner dans la vie quotidienne et que, parallèlement, l'expert psychiatre conclut tout de même à une capacité de travail de 100% dans une activité simple.

Il est vrai que selon l'expert, « les capacités intellectuelles de l'assuré, évaluées cliniquement, paraissent de faible niveau ». Il a relevé que « l'expertisé est légèrement désorienté dans le temps (il ne peut citer la date précise de l'entretien) ». Il a également expliqué que, « bien que l'assuré était assisté par un traducteur professionnel, les troubles de l'attention et de la mémoire, les troubles de la concentration étaient difficilement évaluables, l'expertisé abandonnant les tâches demandées en raison de faibles acquisitions scolaires. Les troubles de la fixation étaient difficilement interprétables, l'expertisé n'ayant pas compris la consigne (il devait mémoriser les trois mots exposés). Ses aptitudes cognitives étaient également difficiles à évaluer en raison de la barrière linguistique et d'un faible bagage socioculturel (...). On se trouve certes face à un sujet fruste, probablement assez limité sur le plan cognitif, avec une intégration en Suisse limitée en raison de la barrière linguistique et socioculturelle ».

Il importe de rappeler à ce stade que toute diminution des facultés intellectuelles (oligophrénie, imbecillité, idiotie, démence) doit être quantifiée au moyen de séries de tests adéquats. Un quotient intellectuel inférieur à 70 s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite. Il est nécessaire de procéder dans chaque cas particulier à une description objective des conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social (cf. directives concernant l'invalidité et l'impotence, n° 1011).

Ne peuvent en revanche pas être prises en compte notamment les causes étrangères à l'invalidité comme l'âge, le manque de formation scolaire, les problèmes de langue, les facteurs socioculturels, les purs phénomènes de dépendance et

l'exagération des manifestations objectives de l'atteinte à la santé (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) n^{os} 1018.1 et 1026). Il n'y a pas de lien de causalité, et l'on n'est pas en présence d'un cas d'invalidité, lorsque l'incapacité de gain n'a pas été provoquée par une atteinte à la santé mais par d'autres facteurs (causes étrangères à l'invalidité, voir RCC 1989 p. 322), notamment pour des raisons inhérentes à la personnalité de l'assuré, par ex. un manque d'ardeur au travail (RCC 1964 p. 278), une formation insuffisante (RCC 1989 p. 322, 1980 p. 260) ou des connaissances linguistiques limitées, l'âge, une capacité de travail ne pouvant pas dépasser la mesure normale (RCC 1988 p. 503).

Or, on ignore en l'espèce quelles sont les capacités intellectuelles de l'assuré, quelles sont véritablement ses aptitudes cognitives et quel rôle jouent les facteurs étrangers à l'invalidité le cas échéant. Il est vrai qu'il a été en mesure de travailler comme saisonnier dans le bâtiment, puis comme étancheur. Il n'en reste pas moins que l'expert psychiatre a qualifié son potentiel intellectuel de faible. Il serait intéressant à cet égard d'approfondir la question du QI, notamment.

L'expert a retenu, à titre de limitation fonctionnelle, en raison du potentiel intellectuel faible précisément, que l'activité exercée doit être simple, sans toutefois indiquer en quoi elle pourrait consister. Il apparaît ainsi important d'évaluer les aptitudes cognitives de façon plus complète pour déterminer l'activité adaptée.

Il est à cet égard utile de rappeler que lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en

valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

La jurisprudence considère à cet égard que sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références).

d. L'assuré relève que le Dr F_____ a jugé inquiétante son absence de capacité de critiques face à des actes de violence, tel qu'un crime se justifierait, et qu'il a retenu le diagnostic de traits de personnalité émotionnellement labile type impulsifs. Or, l'expert ne discute pas ce diagnostic et se borne à déclarer qu'un seul fait d'agression physique n'est pas suffisant pour relever d'une psychopathologie incapacitante.

12. Force est de constater que le rapport d'expertise du 6 juin 2017 remplit sur le plan formel les critères applicables en matière de valeur probante. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse détaillée et la description des plaintes du recourant. Il fait en outre l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux, se fonde sur des examens complets et prend en considération les indications subjectives de l'assuré. Enfin, il comporte la description des observations cliniques et une discussion générale du cas.

Au vu de ce qui précède toutefois, ce rapport d'expertise doit être qualifié de lacunaire, de sorte que la chambre de céans ne peut s'y fier pour se prononcer sur la validité de la décision prise par l'OAI. Il doit indubitablement être complété.

Manquent en effet une évaluation urologique, telle que recommandée par l'expert néphrologue, le Dr J_____, (ch. 11 let. b ci-dessus) et une évaluation neurocognitive/psychiatrique (ch. 11 let. c et d ci-dessus).

13. 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).

Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration,

lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87; arrêt du Tribunal fédéral consid. 2.3 9C_162/2007 du 3 avril 2008).

En l'espèce, la chambre de céans considère qu'il est préférable de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, dans la mesure où cette instruction consistera en un complément d'expertise, soit une évaluation urologique et une évaluation neurocognitive/psychiatrique.

L'expert néphrologue devra également examiner quelle a été l'évolution de l'insuffisance rénale, plus particulièrement s'il y a eu aggravation, ainsi que l'indique le Dr E_____ le 5 février 2105, depuis les résultats chimiques obtenus le 12 décembre 2016 et pris en considération dans l'expertise du 6 juin 2017, étant rappelé que la décision litigieuse est datée du 20 octobre 2017.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 20 octobre 2017.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

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