



POUVOIR JUDICIAIRE

A/478/2019

ATAS/794/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 septembre 2019

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o HÔTEL B_____, à GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane
BROTO

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le _____ 1962 et de nationalité suisse, est célibataire et sans enfant. Il est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de cuisinier, mais a travaillé depuis 1999 en tant que manœuvre en bâtiment, manutentionnaire, aide-électricien, aide-serrurier et aide-monteur. En dernier lieu, il a travaillé ad interim en tant qu'aide-monteur depuis le 10 janvier 2009 jusqu'au 22 décembre 2015, par l'intermédiaire de C_____ SA.
2. Selon le rapport du 17 mars 2016 du docteur D_____ des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'intéressé était connu pour une fracture de la rotule gauche en 1988 sur traumatisme avec traitement conservateur et présentait depuis lors des périodes de douleurs à ce genou tous les cinq ans. Depuis janvier 2016, il souffrait de douleurs invalidantes de cette articulation, nécessitant de marcher avec des cannes et en charge partielle. Ce médecin a posé le diagnostic d'arthrose du genou gauche avec douleurs chroniques sans aggravation récente ni signes infectieux, mais avec un léger syndrome inflammatoire au bilan sans piste infectieuse. Il était conseillé au patient de prendre rendez-vous à la consultation du genou prothétique. Celui-ci présentait par ailleurs une conjonctivite bactérienne bilatérale, une hypertension artérielle (HTA) et une tachycardie à l'arrivée asymptomatique.
3. Depuis le 12 mai 2016, une incapacité de travail de l'intéressé de 100 % est attestée par le docteur E_____, généraliste.
4. Depuis le 1^{er} juin 2016, l'intéressé est pris en charge par l'Hospice général.
5. Selon les informations complémentaires à la demande de prestations de l'assurance-invalidité demandées par l'Hospice général à l'assistant social de l'assuré en date du 19 juin 2017, la demande de prestations de l'assurance-invalidité avait été initiée par ce dernier. L'assuré avait été dépanneur en télécommunication en dernier lieu à 100 % et avait dû arrêter cette activité le 31 décembre 2015 suite à un problème de santé au genou gauche. Il n'était pas à la recherche d'un emploi actuellement. Il ne pouvait plus travailler dans le métier manuel du bâtiment où il avait travaillé en dernier lieu, ni en tant que cuisinier à cause de son problème au genou.
6. Par demande reçue le 21 novembre 2017, l'intéressé a requis les prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une arthrose aiguë du genou gauche avec inflammation fréquente et épanchement du liquide synovial depuis juin 2015.
7. Dans son rapport du 11 décembre 2017, le Dr E_____ a émis les diagnostics de gonarthrose tricompartimentale sur ancienne fracture de la rotule gauche en 1988 et de probable gonarthrose droite, de syndrome « X » avec obésité, HTA, tachycardie, transpiration profuse et hypovitaminose D. L'assuré marchait avec des béquilles et s'essouffait rapidement. Par ailleurs, il vivait seul, présentait un isolement social et était négligé.

8. Dans son avis médical du 17 avril 2018, la docteure F_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après: SMR), a considéré que la capacité de travail de l'assuré dans l'activité habituelle était nulle, mais qu'elle était totale dans une activité adaptée depuis janvier 2016. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: absence de position debout, de marche prolongée, de déplacements répétés, d'utilisation d'escaliers, de travail en hauteur et de port de charges lourdes. Une activité légère et sédentaire était préférable. L'assuré souffrait aussi d'un syndrome métabolique et d'une ancienne dépendance à l'alcool sans répercussion sur la capacité de travail. Il existait enfin un contexte psychosocial difficile, mais étranger à l'invalidité.
9. Le 20 avril 2018, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a déterminé la perte de gain que le recourant subirait dans l'exercice d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles par rapport au salaire réalisé dans son activité précédente. En se fondant pour le salaire d'invalidé sur les statistiques 2014, adaptées à l'évolution des salaires jusqu'en 2016, et en admettant un abattement du salaire statistique de 20 %, ledit office a déterminé la perte de gain à 6,44 %.
10. Par projet de décision du 20 avril 2018, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il avait l'intention de lui refuser les prestations, au motif qu'il présentait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé et que sa perte de gain dans une telle activité était insuffisante pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, un taux d'invalidité inférieur à 20 % n'ouvrirait pas le droit aux prestations sous forme de reclassement professionnel.
11. Par courrier du 14 mai 2018, l'assuré a contesté ce projet de décision, en alléguant que son incapacité de travail était de 100 % depuis le 1^{er} janvier 2016, après plus de trente ans de service et sans aucun long arrêt médical. Sa mobilité était très réduite, devant se déplacer avec des béquilles et souffrant de douleurs, malgré divers traitements, soins et une courte hospitalisation. La décision de l'OAI était ainsi hâtive, d'autant plus qu'aucune entrevue par un spécialiste de l'OAI ne lui avait été proposée pour évaluer son taux d'invalidité.
12. Selon le rapport du 6 août 2018 du Dr E_____, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Il présentait des limitations fonctionnelles pour les déplacements, les efforts, la position debout et pour se baisser. Une incapacité de travail existait depuis le 12 mai 2016. Il a proposé que son patient soit soumis à une expertise.
13. Dans son avis médical du 6 décembre 2018, le SMR a considéré qu'au vu des nouvelles pièces médicales versées au dossier, notamment une imagerie par résonance magnétique (IRM) du 7 décembre 2009 du genou gauche, il n'y avait pas d'élément nouveau sur le plan médical susceptible de modifier ses conclusions du 17 avril 2018. Les limitations fonctionnelles mentionnées dans le rapport du 6 août 2018 du Dr E_____ correspondaient à celles retenues par le SMR. Une expertise

n'était pas nécessaire. Partant, dans une activité adaptée, d'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail était entière.

14. Par décision du 8 janvier 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision et a refusé toute prestation à l'assuré, en se fondant notamment sur l'avis médical du SMR précité. En ce qui concerne les mesures professionnelles, il a indiqué, s'agissant d'une orientation professionnelle, que compte tenu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et du service, un nombre significatif de ces activités étaient adaptées à ses empêchements, lesquelles ne nécessitaient dès lors pas l'intervention de l'assurance-invalidité. Pour un reclassement professionnel, les conditions légales n'étaient pas remplies, dès lors que l'assuré ne présentait pas de manque à gagner de 20 % au moins. L'assuré n'avait pas non plus droit à une aide au placement, les difficultés éprouvées pour retrouver un travail approprié par ses propres moyens n'étant pas dues à son état de santé.
15. Par acte daté du 2 février 2019 et reçu le 5 suivant à l'OAI, l'assuré a contesté la décision précitée. Il a allégué que, depuis son accident, son état de santé ne faisait que de se dégrader. Il proposait de se faire examiner par un spécialiste indépendant ou par un des médecins-conseils de l'OAI.
16. Le 5 février 2019, l'OAI a transmis sa contestation à la chambre de céans comme objet de sa compétence.
17. Le 17 mai 2019, l'assuré a complété son recours, par l'intermédiaire de son conseil, et a conclu à l'annulation de la décision querellée, à l'octroi d'une rente d'invalidité dont le degré devrait être fixé après investigations complémentaires, et à l'octroi de mesures professionnelles. Subsidiairement, il a conclu au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan médical, sous suite de dépens. Concernant la capacité de travail, le recourant a reproché à l'intimé de ne pas avoir tenu compte des rapports médicaux du Dr E_____, selon lequel son incapacité de travail était totale. Quant aux médecins du SMR, ils ne l'avaient jamais examiné et n'avaient non plus tenu compte des douleurs chroniques et incapacitantes. Par ailleurs, le SMR n'avait donné aucun élément de justification pour s'écarter de l'appréciation du Dr E_____ ni n'avait procédé à une instruction médicale complémentaire ou à une expertise, en dépit de son devoir d'instruction. Il a également critiqué le calcul de la perte de gain, en ce que l'intimé avait retenu un salaire statistique supérieur à titre de salaire d'invalidé par rapport au salaire réalisé précédemment. En outre, il ne présentait pas les compétences pour un emploi de type administratif. Selon les calculs du recourant, son degré d'invalidité était ainsi de 25,15 %, ce qui lui ouvrait au moins le droit à des mesures de reclassement professionnel, d'autant plus qu'il était patent que son rendement ne pourrait être complet du fait qu'il avait du mal à se déplacer, à faire des efforts, à se baisser, à se pencher et à rester debout. A cela s'ajoutaient des douleurs chroniques qui risquaient d'être extrêmement incapacitantes. Outre les atteintes aux deux genoux,

il présentait enfin une obésité morbide, qui compliquait également les déplacements et ne ferait qu'empirer la situation au fil des années.

18. Dans sa réponse du 11 juin 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les limitations fonctionnelles retenues par le Dr E_____ n'avaient pas de répercussion dans l'exercice d'une activité adaptée (sédentaire, exercée en position assise). Il n'était par ailleurs pas déterminant que le deuxième genou était également atteint d'une arthrose, dès lors que les limitations fonctionnelles en découlant restaient identiques. En ce qui concerne le calcul du degré d'invalidité, il était conforme à la jurisprudence, en ce que ce calcul prenait en considération, pour le salaire d'invalidé, les chiffres de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). Enfin, dans une activité adaptée, il n'y avait pas de raison de retenir une baisse de rendement.
19. Le 26 juin 2019, le Dr E_____ a informé la chambre de céans, à sa demande, qu'il avait l'impression, depuis qu'il connaissait le recourant, qu'il allait être très difficile de l'intégrer dans la vie sociale et celle du travail. Il était toutefois nécessaire de le soumettre à une expertise pour évaluer ses capacités.
20. Par écriture du 22 juillet 2019, le recourant a fait savoir à la chambre de céans qu'il se ralliait aux conclusions du Dr E_____, en ce que celui-ci considérait que l'instruction de son dossier n'avait pas été assez approfondie.
21. Par écriture du 22 juillet 2019, l'intimé a considéré que l'impossibilité du recourant de se réintégrer dans la vie sociale ou professionnelle ne pouvait justifier la mise sur pied d'une expertise.
22. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant présente une invalidité ouvrant le droit aux prestations sous forme de rente ou de mesures d'ordre professionnel.

4. 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).

b. 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.

c. 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).

5. 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).

6. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

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).

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).

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

9. En l'occurrence, les diagnostics ne sont pas contestés, à savoir une gonarthrose tricompartimentale à gauche et une gonarthrose probable à droite, ainsi qu'un syndrome métabolique.

Il ne semble pas non plus que les limitations fonctionnelles découlant de ces diagnostics soient contestées. En effet, les limitations retenues par le Dr E_____ dans son rapport du 6 août 2018 recouvrent celles mentionnées par le SMR.

Concernant l'appréciation de la capacité de travail, le dossier ne contient que les rapports du Dr E_____, selon lequel la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée. Il considère par ailleurs qu'une expertise est nécessaire.

L'appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée est contestée par le SMR, lequel considère, sans avoir examiné le recourant, que celui-ci dispose d'une capacité de travail à 100 % dans une telle activité.

Il est vrai qu'en principe une personne limitée dans la marche comme le recourant peut théoriquement travailler dans une activité assise légère à 100 % et sans diminution de rendement. Néanmoins, le dossier ne contient aucun rapport médical l'attestant et l'avis du SMR n'est pas propre à mettre en cause l'évaluation du Dr E_____, du fait que ledit service n'a pas procédé à un examen clinique. À cela s'ajoute le fait que le recourant n'est pas seulement handicapé pour marcher, mais souffre aussi de douleurs importantes au genou gauche qui peuvent réduire son rendement.

Il semble par ailleurs que d'autres éléments interviennent dans l'évaluation de la capacité de travail, dès lors que le Dr E_____ indique qu'il va être très difficile d'intégrer le recourant dans la vie sociale ou celle du travail. Selon le SMR, il s'agit d'éléments étrangers à l'assurance-invalidité. Cependant, cela n'est pas établi, de telles difficultés pouvant être également liées à un trouble psychique que le recourant avait les ressources de surmonter, tant qu'il n'était pas limité sur le plan physique, mais qui limite sa capacité d'adaptation dans une activité différente, d'autant plus qu'il est âgé de 57 ans.

Cela étant, en présence d'un rapport médical du seul médecin traitant estimant que la capacité de travail est nulle, la chambre de céans juge insuffisant l'avis du SMR fondé sur le seul dossier et en l'absence de toute anamnèse, avis selon lequel la capacité de travail est totale. Il conviendrait notamment de déterminer aussi s'il existe une diminution de rendement dans une activité adaptée.

Partant, il s'avère que l'instruction est incomplète. Il est par conséquent nécessaire de renvoyer la cause à l'intimé pour compléter l'instruction par une expertise rhumatologique ou par un examen par un médecin rhumatologue du SMR, éventuellement par un spécialiste en médecine interne. En cas d'indices, au vu du

comportement du recourant et de l'anamnèse, pour un trouble psychique, cet examen devrait être complété par une expertise psychiatrique ou par un examen par un psychiatre du SMR, afin d'évaluer si le recourant dispose des capacités adaptatives nécessaires pour se réintégrer dans une activité professionnelle différente.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
11. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est octroyée à titre de dépens.
12. Dans la mesure où l'intimé succombe, un émolument de CHF 200.- est mis à sa charge.

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

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 8 janvier 2019.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et, ceci fait, nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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