RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/522/2023 **ATAS/850/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 novembre 2023

Chambre 2

En la cause

A_____ recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE intimé

Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 11 février 2010, Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1974, ressortissant français domicilié alors en France voisine et au statut de frontalier, marié et père de trois enfants nés en 2000, 2001 et 2004, ouvrier sans formation certifiée (« manœuvre C »), a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI), mesures professionnelles uniquement, en raison de douleurs chroniques dues à une fracture de la cheville droite survenue en septembre 2008.

b. Dans le cadre de l'instruction de la demande AI, l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI Vaud), compétent, a retenu un statut actif et a en outre reçu en consultation le dossier d'assurance-accidents de la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA).

Dans le cadre de cette instruction effectuée par la SUVA, notamment, l'assuré avait été examiné le 22 septembre 2009 par un médecin d'arrondissement de celle-ci, qui avait rendu son rapport le 30 octobre 2009.

Entre le 26 mai et le 17 juin 2009, l'intéressé avait effectué un séjour auprès de la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après: CRR), qui avait entre autres établi des rapports de consilium neurologique avec ENMG, de consilium psychiatrique et de physiothérapie, ainsi que le 10 juillet 2009 un rapport de synthèse, avec les diagnostics primaires de thérapies physiques et fonctionnelles et secondaires de douleurs chroniques de la cheville droite et entorse de ladite cheville le 17 septembre 2008, et les comorbidités consistant en un syndrome de dépendance à des substances psychoactives multiples, actuellement abstinent sous régime de substitution à la méthadone (F19.22 de la CIM-10) et en une fracture du coude droit opéré à l'âge de 9 ans, et avec une incapacité de travail totale du 18 au 21 juin 2009 et nulle (capacité de travail entière) depuis lors.

Le 30 avril 2010, l'intéressé a fait l'objet d'un rapport d'« examen médical final » établi par le médecin d'arrondissement de la SUVA.

Par décision du 21 juin 2010 se référant à une lettre du 26 mai 2010 qui considérait que la poursuite du traitement – médical – ne saurait apporter une amélioration significative à l'état de santé de l'intéressé et annonçant dès lors la cessation de l'octroi de l'indemnité journalière à partir du 1er juillet 2010, la SUVA, retenant l'absence de handicap important et de perte de gain due à l'accident, a refusé le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).

c. En parallèle, à la suite d'un « rapport d'évaluation » du 19 mars 2010 de l'office AI Vaud et d'un « plan de réadaptation – contrat d'objectifs » signé le 13 avril 2010, l'assuré a été mis au bénéfice de « mesures d'intervention précoce

sous la forme d'une orientation professionnelle ». Cette mesure d'orientation professionnelle, qui s'est déroulée du 1er avril au 30 juin 2010 auprès de l'Oeuvre suisse d'entraide ouvrière (OSEO) Vaud, a fait l'objet d'un rapport du 10 juin 2010 de cette dernière, contresigné par l'intéressé.

d. Par projet de décision du 22 juillet 2010 puis décision envoyée le 14 octobre 2010 par l'office AI pour les assurés à l'étranger, l'office AI Vaud a relevé que, conformément à sa communication du 13 juillet 2010, l'assuré bénéficierait d'un soutien dans ses recherches d'emploi par le service de placement de l'office AI Vaud et lui a refusé le droit à un reclassement et à une rente d'invalidité. En effet, après analyse de la situation par le service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) – selon avis du 14 juin 2010 et sur la base des informations fournies par la SUVA –, la capacité de travail de l'intéressé dans son activité habituelle de manœuvre était nulle, mais elle était entière dans une activité adaptée (évitant, comme limitations fonctionnelles, le port de charges lourdes et la marche en terrain accidenté, comme cela ressort de l'avis du SMR du 14 juin 2010) ; de la comparaison entre le revenu sans invalidité et avec invalidité résultait un degré d'invalidité de 6%, insuffisant pour le taux de 20% minimal requis pour un reclassement, respectivement de 40% pour une rente.

e. À teneur d'un rapport final de l'office AI Vaud du 25 juin 2012, il était mis fin à l'aide au placement mise en place en faveur de l'intéressé, qui y renonçait et s'était en outre inscrit en décembre 2011 à Pôle emploi en France.

B. **a.** Le 6 avril 2022, l'assuré, désormais domicilié dans le canton de Genève, a déposé, auprès l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI, l'office ou l'intimé), une nouvelle demande de prestations de l'AI, « mesures professionnelles/rente », pour les raisons médicales suivantes : « problème hépatique ; gastrique ; et dépendance toxicologique ; problème au foie et dépression, et plusieurs interventions prévues ».

Selon ses indications, il était suivi par le service de gastro-entérologie et d'hépatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : le service HUG) depuis douze mois et par la Consultation pour personnes ayant une addiction aux opiacés Arve (ci-après : CAAP Arve) depuis 2001. S'agissant de l'incapacité de travail indiquée, elle avait été de 100% du 17 septembre 2008 au 1er octobre 2010.

b. Il ne ressort pas du dossier que des rapports médicaux aient été remis à ce stade par l'intéressé à l'office.

c. Par projet de décision du 6 septembre 2022, l'OAI a envisagé de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande AI, l'examen du dossier n'ayant selon lui montré (rendu plausible) aucun changement par rapport à la situation existant à l'époque de la décision du 14 octobre 2021 (recte : 2010).

d. Dans un rapport adressé le 7 octobre 2022 à l'office, le docteur B_____, médecin interne au sein de la CAAP Arve, a diagnostiqué un syndrome de dépendance aux opiacés, personne suivant actuellement un régime de maintenance

ou de substitution sous surveillance médicale (F11.22). D'après ce médecin, en conclusion, le patient présentait une bonne stabilité au niveau addictologique et une bonne adhésion aux soins ; les objectifs qu'il mettait en œuvre étaient d'améliorer l'alliance thérapeutique et de maintenir la stabilité clinique sur l'aspect addictologique ; n'était pas trouvée une limitation fonctionnelle en lien avec le syndrome de dépendance aux opiacés.

Selon un certificat du 12 octobre 2022 du docteur C_____, médecin adjoint agrégé responsable d'unité au service HUG, l'intéressé était atteint d'une obstruction biliaire au niveau du hile hépatique liée à un syndrome de Mirizzi atypique (obstruction lithiasique). La présence d'une hypertension portale significative (liée à une cirrhose post-hépatite C) et la persistance de varices œsophagiennes contre-indiquaient une prise en charge chirurgicale. Un traitement endoscopique désobstructif palliatif était en cours par ERCP avec changement de stent plastique tous les trois mois.

e. Par projet de décision du 20 octobre 2022 faisant suite à un avis du SMR du 19 octobre précédent, l'OAI a envisagé de rejeter la – nouvelle – demande AI, les nouvelles pièces médicales produites durant la procédure d'audition ne rendant pas plausible une modification notable de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 14 octobre 2010.

f. Le 24 octobre 2022, l'office a reçu des rapports du service HUG des 1er décembre 2021 ainsi que 3 et 25 mars, 24 mai, 30 juin et 13 octobre 2022 relatifs au traitement et à des examens.

Le 19 décembre 2022, le Dr C_____ a rempli un questionnaire AI. Selon lui, le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail consistait en des « douleurs pouvant être en rapport avec le Ed » (sic). L'évolution de l'état de santé du patient était stable. Aucune restriction fonctionnelle n'était mentionnée. D'un point de vue de gastro-entérologique et hépatologique, la capacité de travail de l'intéressé était entière, hormis durant les hospitalisations (3 mars, 30 juin et 13 octobre 2022).

g. Par décision du 18 janvier 2023 faisant suite à un avis du SMR du même jour, l'OAI a rejeté la demande AI, les nouvelles pièces médicales produites à la suite de ses projets des 6 septembre et 27 (recte : 20) octobre 2022 ne rendant pas plausible une modification notable de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 14 octobre 2010.

C. **a.** Le 13 février 2023, l'OAI a transmis à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), comme objet de sa compétence, un « courrier en réponse à [sa] décision de refus de [la] demande AI du 18 janvier 2023 », qu'il avait reçu le 8 février 2023 de l'assuré.

Le recourant s'y plaignait de fortes douleurs chroniques présentes depuis quatre ans (et sans lien avec l'accident de 2008), qui ne se calmaient guère malgré les

différents antidouleurs pris (malgré l'interdiction de l'équipe soignante) et qui étaient devenus si affreuses qu'il ne pouvait plus effectuer une tâche simple comme laver un verre, ni participer aux tâches ménagères, ni accomplir son rôle de père, ni dormir. Il lui arrivait fréquemment de se rendre aux urgences, car, entre ses opérations, sa prothèse s'obstruait, rendant ainsi impossible la digestion et aggravant au maximum sa douleur. Il était actuellement en détresse psychologique, ses douleurs permanentes ayant atteint son moral, et il ne vivait pas mais était en « quête de survie physique et psychologique ».

b. Le 15 mars 2023, l'intimé a remis à la chambre de céans un questionnaire AI rempli le 17 février 2023 par le Dr C_____, en plus des autres rapports précités du service HUG, plus un rapport de ce service du 2 novembre 2021.

D'après le Dr C_____ dans ce nouveau questionnaire complété, le traitement dispensé avait eu lieu du 3 mars 2022 au 23 janvier 2023, le patient étant vu tous les trois mois. Il y avait une incapacité de travail de 30% entre ces mêmes dates. Comme « autres intervenants » était mentionné « hépato virologie HUG ». Les diagnostics étaient une lithiase biliaire potentiellement douloureuse et une cirrhose avec hypertension portale, qui avaient une incidence sur la capacité de travail. La médication actuelle consistait en la prise de méthadone. L'état de santé était stable, et une « poursuite du traitement endoscopique nécessaire » était prévue. 4 heures de travail par jour pouvaient raisonnablement être attendues dans l'activité exercée jusqu'ici. Comme limitation fonctionnelle était indiqué un « effort physique très modéré ». La « capacité » serait « probablement très limitée » dans une activité adaptée. Il n'y avait « pas de limitation pour l'accomplissement des tâches ménagères personnelles ». Concernant la capacité de conduire – un véhicule –, les réflexes et l'état d'éveil devaient être testés, et il y avait un « risque de somnolence en rapport avec le traitement et avec une possible encéphalopathie hépatique ». Le pronostic du Dr C_____ sur la capacité de travail était très réservé. Le patient était en mesure de suivre une mesure de réadaptation professionnelle, ledit spécialiste n'ayant par ailleurs « aucune idée » quant aux ressources de l'assuré qui pourraient être utiles pour sa réinsertion. Comme éventuels facteurs faisant obstacle à la réadaptation professionnelle étaient énoncés : « asthénie liée à la maladie somatique et douleurs chroniques ».

c. Par réponse du 30 mars 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, le Dr C_____ ne décrivant selon lui pas d'aggravation postérieure à sa précédente évaluation, étant précisé que l'état de santé de l'assuré était rapporté comme stabilisé. Référence était faite à un avis du SMR du même jour.

d. Par réplique du 13 juin 2023, le recourant a approfondi certaines des allégations de son recours, ajoutant que, grâce à sa prothèse, sa problématique médicale ne s'était pas aggravée.

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 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 la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, l'acte de recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

3. Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait 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 par le dépôt le 6 avril 2022 de sa nouvelle demande AI (cf. art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; arrêts du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 et I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1).

4.2 Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

4.3 Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit entre la dernière décision entrée en force, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, d'une part, et la décision litigieuse, d'autre part (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_754/2013 du 16 avril 2014 consid. 2.1). Dans le domaine de l’AI, une modification peu importante de l'état de fait déterminant, en particulier du degré d’invalidité, peut donner lieu à une révision de la rente, dans la mesure où elle justifie le passage à un échelon de rente différent (ATF 133 V 545 consid. 6).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d’invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon

l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 ; 117 V 198 consid. 4b). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (arrêts du Tribunal fédéral 9C_717/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.3 et I 491/2003 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références).

5. Dans le cas présent, on comprend, à la lecture de l'écriture de recours de l'intéressé, qu'il conclut – à tout le moins implicitement – à la reconnaissance d'un degré d'invalidité ouvrant le droit à une rente et/ou des mesures professionnelles de l'AI, et donc, implicitement, à l'octroi de telles prestations.

L'OAI, par projet de décision du 6 septembre 2022, a dans un premier temps envisagé de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande AI, en application de l'art. 87 al. 3 RAI, mais, après réception des rapports médicaux des 7 et 12 octobre 2022, il est entré en matière sur cette nouvelle demande, puisqu'il l'a rejetée par la décision du 18 janvier 2023 querellée. Ce même s'il a continué à se prononcer sur le caractère plausible ou non d'une modification notable de l'état de santé de l'assuré depuis la décision du 14 octobre 2010, le terme « plausible » semblant se référer à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI.

L'intimé devait donc examiner la cause sur le fond et déterminer si une modification importante du degré d'invalidité de l'assuré avait effectivement eu lieu et, si tel était le cas, si celui-ci avait droit à des prestations (rente et/ou mesures professionnelles) de l'AI. Ces questions, objet du présent litige, doivent être examinées sur recours par la chambre de céans.

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

6.

6.1 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1, tel qu'en vigueur dès le 1er janvier 2021). 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 1er janvier 2008).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Conformément à l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

6.2 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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6.3 En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne

peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'al. 1bis dudit art. 28 LAI – en vigueur depuis le 1er janvier 2022 – dispose qu'une rente au sens de l'al. 1 n'est pas octroyée tant que toutes les possibilités de réadaptation au sens de l'art. 8 al. 1bis et 1ter LAI n'ont pas été épuisées.

Selon l'art. 28b LAI - entré en vigueur le 1er janvier 2022 -, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2). Pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour un taux d'invalidité inférieur à 50%, la quotité de la rente est la suivante: tableau, avec un taux d'invalidité d'au minimum 40% donnant droit à une rente - la plus basse - de 25%, jusqu'à un taux d'invalidité de 49% donnant droit à une rente de 47,5% (al. 4).

7.

7.1 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

7.1.1 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).

7.1.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Un rapport 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).

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).

7.2 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).

7.3 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 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).

8.

8.1 En l'espèce, au jour du prononcé de la décision attaquée, le 18 janvier 2023, aucune incapacité de travail n'était attestée par un ou des médecins, de sorte qu'à cette date-là, aucune modification importante des circonstances n'était établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

8.2 Le questionnaire AI rempli le 17 février 2023 par le Dr C_____ diffère grandement du premier qu'il a complété, le 19 décembre 2022, puisque ce médecin atteste désormais une incapacité de travail de 30% ainsi qu'une limitation fonctionnelle (« effort physique très modéré »), ce – en partie à tout le moins – pour la même période que celle prise en considération dans le premier questionnaire. La mention, dans ce second questionnaire, d'une « stabilité de l'état de santé » avec la « poursuite du traitement endoscopique nécessaire » ne paraît pas en soi problématique par rapport au premier questionnaire, puisque ledit médecin spécialiste semble *prima facie* avoir substantiellement modifié son point de vue initial. Ladite période prise en compte, allant du 3 mars 2022 au 23 janvier 2023 selon le deuxième questionnaire, correspond pour l'essentiel à la situation antérieure à la date du prononcé de la décision litigieuse.

Ce revirement dans les appréciations du Dr C_____ n'est en l'état pas compréhensible, ni ne repose sur une motivation suffisante, comme considéré par le SMR et l'intimé.

Au surplus, même indépendamment de ce revirement, les réponses du Dr C_____ dans le deuxième questionnaire AI rempli, très succinctes, ne sont

pas motivées de manière suffisamment approfondie pour se voir éventuellement reconnaître une pleine valeur probante. De surcroît, dans ledit questionnaire AI rempli le 17 février 2023, il est en l'état incompréhensible que le Dr C_____ atteste une incapacité de travail de 30% tout en indiquant que 4 heures de travail par jour peuvent raisonnablement être attendues dans l'activité exercée jusqu'ici, un tel horaire étant plutôt proche d'un 50% par rapport à un taux d'occupation de 100% qui suppose en principe au moins 8 heures de travail par jour. Il n'est pas non plus clair pour quels motifs il y aurait une incapacité de travail et une limitation fonctionnelle (« effort physique très modéré »), au demeurant formulée de manière très imprécise, alors qu'en même temps il n'y aurait « pas de limitation pour l'accomplissement des tâches ménagères personnelles ».

Il n'en demeure pas moins que, vu ce questionnaire AI rempli le 17 février 2023, on ne peut en l'état pas exclure, ni d'ailleurs admettre, qu'il y ait une modification importante des circonstances, ni que le recourant subisse réellement une incapacité de travail et des limitations fonctionnelles pour raisons médicales.

8.3 Dans ces circonstances, le dossier apparaît désormais très insuffisamment instruit, sans que cela soit dû à des manquements de la part de l'intimé.

Il convient dès lors d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision querellée et de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il procède à une instruction complémentaire puis rende une nouvelle décision.

Cette instruction complémentaire comprendra toutes les mesures nécessaires, et elle portera, notamment, sur les points qui suivent. Il appartiendra à l'office de requérir du service HUG, en particulier du Dr C_____, un rapport motivé de manière précise et approfondie notamment quant à l'état de santé de l'intéressé, ses effets sur sa capacité de travail et l'activité adaptée exigible, quant aux motifs de son revirement entre le questionnaire rempli le 19 décembre 2022 et celui complété le 17 février 2023, de même que relativement à toutes questions pertinentes, y compris les interrogations du SMR exposées dans son avis du 30 mars 2023 (entre autres absence de compréhension du risque de somnolence, qui n'est du reste pas mentionné comme limitation fonctionnelle par le Dr C_____). En outre, dans la mesure notamment où le Dr C_____ fait état, dans le deuxième questionnaire, d'une « asthénie liée à la maladie somatique et douleurs chroniques », il y aura lieu d'investiguer le cas au plan psychiatrique et, dans un premier temps à tout le moins, de requérir de la CAAP Arve également un rapport circonstancié ou des réponses à un questionnaire AI comme celui rempli le 17 février 2023 par le Dr C_____. Dans le même sens, un tel rapport ou de telles réponses devront aussi être demandées à l'autre service intervenant dans le traitement, à savoir le « hépato virologie HUG » selon le questionnaire rempli le 17 février 2023. Si besoin, une expertise médicale portant sur tous les points pertinents sera mise en œuvre.

Par ailleurs, il incombera à l'intimé d'investiguer la situation du recourant au plan professionnel et économique (sous l'angle notamment de l'art. 16 LPGA), le dossier apparaissant pour l'instant insuffisamment instruit sur ce point, étant donné, notamment, qu'il n'en ressort pas clairement et précisément quelles professions l'assuré a exercé entre octobre 2010 et mars 2022, ni à quel taux. À cet égard, l'extrait du compte individuel AVS (CI) de l'intéressé montre quelques emplois entre 2010 et 2015 et indique ensuite uniquement « personne sans activité lucrative ». Au surplus, le document « Mandat SMR – Révision » rédigé le 12 octobre 2022 par l'OAI semble retenir le statut d'actif, avec une activité habituelle exercée à 100%, mais on ignore quelle était cette activité habituelle, cette dernière pouvant être en début 2022 différente de celle existant en 2008-2010 ; cette question devra aussi être clarifiée.

Cette instruction complémentaire portera non seulement sur la période passée, compte tenu notamment des art. 28 al. 1 let. b et 29 al. 1 LAI, mais également sur la période comprise jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera rendue.

Il conviendra en parallèle de clarifier si l'assuré sollicite l'octroi d'une rente ou de mesures professionnelles ou ces deux prestations, voire quelles mesures professionnelles précisément.

9. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, n'est pas représenté par un mandataire et n'a pas allégué des frais particulièrement importants pour défendre ses droits dans le cadre de la présente procédure, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à des frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Vu les circonstances particulières, il sera renoncé à la perception d'un émolument à la charge de l'intimé (cf. art. 69 al. 1 bis LAI).

***

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 de l'intimé du 18 janvier 2023.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Renonce à la perception d'un émolument.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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