

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/843/2017

ATAS/225/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 12 mars 2018**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à CONFIGNON, 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 : Valérie MONTANI, Présidente ; Larissa ROBINSON-MOSER et Teresa SOARES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'intéressé ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1988, est originaire de Lybie. Selon l'inscription figurant dans le fichier de l'Office cantonal de la population et des migrations, il s'est marié le 31 janvier 2013 et il est entré en Suisse le 30 décembre 2013. Il est titulaire d'une autorisation de séjour B.
2. Le 15 juillet 2011, l'intéressé a subi un accident en Lybie. Un éclat d'obus l'a atteint, ce qui a entraîné une fracture complexe communicative ouverte du condyle fémoral et du plateau tibial droits et une fracture du plateau tibial externe gauche, ainsi qu'une fracture ouverte du poignet gauche touchant le pisiforme et le triquétrum, avec section complète du nerf ulnaire au niveau de l'espace de Guyon.
3. Selon une lettre de sortie du Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) du 26 janvier 2012, l'intéressé y a été hospitalisé du 3 novembre 2011 au 25 janvier 2012 pour la prise en charge de ses lésions. Les diagnostics étaient ceux de fracture complexe comminutive ouverte du condyle fémoral et plateau tibial droits et de fracture ouverte du poignet gauche. Les diagnostics secondaires étaient une neuropathie sévère du nerf sciatique péroné externe et discrète à modérée du nerf sciatique péroné interne, et une arthrite du genou droit à pseudomonas aeruginosa. L'intéressé était porteur d'entérocoques vancomycine résistants (VRE) et d'entérobactéries productrices de bêta-lactamases (BLSE) à l'entrée et il avait un corps étranger au niveau du genou. Il avait subi trois interventions chirurgicales les 19 novembre 2011 (genou et tibia droit), 30 novembre 2011 (nerf ulnaire), et 23 décembre 2011 (genou droit). L'incapacité de travail était totale dès le 3 novembre 2011.
4. En septembre 2014, l'intéressé a subi une fracture de l'arthrodèse du genou.
5. Le 26 septembre 2014, la doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a attesté d'une hospitalisation de l'intéressé du 15 au 26 septembre 2014. Elle a diagnostiqué de très importants remaniements du genou droit avec ankylose tibio-fémorale et tibio-fibulaire sur arthrodèse, à la suite d'une chute. Il existait un trait de fracture sur le plan transverse, non déplacée, traversant les condyles fémoraux.
6. Le 28 mars 2015, l'intéressé a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé).
7. Selon l'extrait de compte individuel que l'OAI s'est procuré le 20 mai 2015, l'intéressé a déclaré un revenu soumis à cotisation de CHF 389.- en décembre 2013.
8. Dans un rapport du 3 juin 2015, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'intéressé avait subi des blessures de guerre en 2011, initialement traitées en Tunisie. En 2014, il avait souffert d'une refracture d'arthrodèse. Une activité adaptée était possible à 50 % en raison de l'arthrodèse du genou droit avec pied tombant, la capacité de travail étant nulle dans des travaux physiques. Il fallait éviter les stations debout ou assise prolongées

et la marche. L'intéressé présentait des douleurs et une baisse de rendement théorique.

9. Dans un rapport du 10 novembre 2015, un médecin de l'Unité de chirurgie de la main des HUG a diagnostiqué une section partielle du nerf ulnaire au poignet gauche avec doigts en griffe, résultant d'une blessure de guerre.
10. Dans une note interne du 2 juillet 2015, l'OAI a noté que l'atteinte à la santé résultait d'une blessure survenue en Lybie avant l'arrivée en Suisse. Les conditions d'assurance n'étaient pas remplies.
11. Le 6 janvier 2016, le docteur D\_\_\_\_\_, chef de clinique au Service de chirurgie orthopédique des HUG, a indiqué que l'intéressé avait développé postérieurement à l'accident de novembre 2014 des douleurs au dos et au pied droit, en lien avec son arthrodèse du genou. Ces douleurs le limitaient, dans la mesure où elles interféraient avec son problème de mobilité. L'intéressé était restreint dans la marche sur des longues distances, le port de charge ainsi que tout emploi physique. Si une activité que l'intéressé était capable d'exercer était trouvée, le taux de travail pourrait éventuellement être supérieur à 50 %. L'intéressé souffrait d'un handicap majeur, dont la prise en charge avait été longue et laborieuse. Cette situation n'était actuellement pas totalement stabilisée. Une évaluation approfondie des capacités de l'intéressé, par exemple à la Clinique romande de réadaptation (CRR) pourrait être indiquée pour déterminer les activités que l'intéressé serait en mesure d'effectuer.
12. Dans un avis du 2 février 2016, la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé que l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Le début de l'incapacité de travail durable correspondait à l'aggravation de l'atteinte initiale survenue hors de Suisse, soit le 15 septembre 2014. La capacité de travail dans une activité adaptée était totale depuis le 23 juin 2015, soit à la date dès laquelle une capacité de travail de 50 % au moins était attestée.
13. Dans une note interne du 22 mars 2016, l'OAI a retenu un statut d'actif pour l'intéressé.
14. Le 26 avril 2016, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'intéressé. Pour le revenu après invalidité, il s'est référé au revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives pour un homme selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2012, TA1\_tirage\_skill\_level, Ligne Total, niveau 1), soit CHF 5'431.-. Adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures et indexé à 2014, le revenu annuel était de CHF 66'130.- à 100 %. Le revenu annuel brut sans invalidité était également de CHF 66'130.-, de sorte que le degré d'invalidité était nul. L'OAI a ajouté qu'une réduction supplémentaire de 20 % était accordée en raison des limitations fonctionnelles importantes, du fait que seule une activité légère était possible, ainsi que du permis de séjour (sic).

15. Le 7 juillet 2016, l'OAI a adressé un projet de décision à l'intéressé, aux termes duquel la demande de prestations était rejetée dès lors que la perte de gain était nulle.
16. Le 15 août 2016, l'intéressé a contesté le projet de décision de l'OAI, faisant valoir que la seconde fracture de l'arthrodèse de septembre 2014 avait considérablement affaibli sa condition physique et avait entraîné des douleurs s'étendant aux pieds, aux hanches et au dos, limitant la marche à de très courtes distances et restreignant les positions assise et debout. Toutes les douleurs étaient la conséquence de cette seconde fracture. Une expertise médicale était nécessaire. De plus, le Dr D\_\_\_\_\_ avait évoqué une capacité de travail éventuellement susceptible de dépasser un 50 %, formulation qui démontrait le caractère incertain d'une capacité de travail supérieure à ce taux. L'intéressé s'est dit étonné que l'OAI n'ait pas suivi les indications des médecins.

L'intéressé a communiqué à l'OAI un certificat du 28 juillet 2016 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, constatant une boiterie importante et des douleurs chroniques invalidantes à la suite de la fracture du genou droit survenue en 2014. L'intéressé avait une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée sans surcharge sur sa jambe droite.

17. Le 16 août 2016, Monsieur G\_\_\_\_\_, physiothérapeute, a attesté d'un traitement pour des problèmes lombaires consécutifs à une arthrodèse du genou droit. L'intéressé souffrait de douleurs dues aux compensations liées à l'immobilité du genou droit, et il éprouvait des difficultés à rester dans des positions statiques.
18. Le 29 août 2016, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que la capacité de travail de l'intéressé était clairement diminuée quelle que soit l'activité exercée, et qu'une évaluation approfondie devait être menée. En outre, le handicap n'était pas totalement stabilisé.
19. Le 31 octobre 2016, l'OAI a communiqué à l'intéressé qu'il entendait confier une expertise au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et lui a transmis la liste des questions qu'il entendait lui soumettre.
20. Le 14 novembre 2016, l'intéressé a requis de l'OAI l'ajout de deux questions à poser à l'expert.
21. Le 7 décembre 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise.

L'intéressé se plaignait de douleurs au dos, au genou et quand il faisait froid au poignet gauche. Les douleurs dorsales étaient les plus intenses. Le pied droit se déviait lors de la marche et il apparaissait un bouton.

Le Dr H\_\_\_\_\_ a ensuite relaté les constatations ressortant des documents d'imagerie, avant de consigner les résultats de son examen clinique. La problématique première était la lésion du genou droit, associée à celle de la main gauche. Du point de vue du genou, la situation était calme, avec une arthrodèse de genou tout à fait stable cliniquement et radiologiquement. Le membre inférieur

moteur était efficace. La marche était possible sans moyen auxiliaire, ainsi que le gravissement des escaliers. On observait une récupération des lésions neurologiques. En effet, le pied tombant avait totalement disparu, sans aucun steppage, autorisant même une brève marche sur les talons et les pointes. Il ne persistait qu'une diminution de la force des péroniers latéraux droits avec affaiblissement de l'éversion active droite, et un durillon secondaire métatarso-phalangien latéral. Il s'y associait une hypoesthésie séquellaire du territoire du nerf cutané sural latéral droit. Il s'agissait d'un diagnostic invalidant. En ce qui concernait la main gauche, la composante métacarpo-phalangienne de la griffe cubitale avait complètement disparu. Il existait un affaiblissement de la force de serrage des deux derniers doigts lors des prises digito-palmaires, en dehors de la métacarpo-phalangienne. Les hypoesthésies du membre supérieur gauche brachiales et antébrachiales n'étaient pas systématisées. Il apparaissait nouvellement une hypoesthésie tactile épicrotique superficielle diffuse des doigts gauches et de la paume gauche par rapport au côté droit, non restreinte au territoire cubital. Ce diagnostic invalidant était retenu. En conclusion, au membre non dominant, la pince tridigitale gauche était efficace. La problématique seconde de l'intéressé était celle des rachialgies. La fonction du rachis est marquée par des amplitudes articulaires dans la norme, avec une fonction complète des hanches. Il n'existait pas de syndrome radiculaire. L'expert ne retrouvait pas de signe d'exagération des symptômes, ni d'autres phénomènes similaires.

Les diagnostics posés étaient les suivants : status post fracture du genou droit le 15 juillet 2011 ; status post fixateur externe d'alignement au genou droit avec lambeau de couverture et patellectomie en juillet 2011 ; status post fracture du plateau tibial externe gauche le 15 juillet 2011 ; status post ostéosynthèse du plateau tibial externe gauche en juillet 2011 ; status post fracture ouverte du poignet gauche avec lésion du pisiforme et du triquetrum, section complète du nerf ulnaire dans la loge de Guyon le 15 juillet 2011 ; status post griffe cubitale avec anesthésie des trois derniers doigts droits, diagnostic posé le 3 novembre 2011 ; status post suture microchirurgicale et greffe nerveuse du contingent moteur du nerf ulnaire gauche avec capsuloplastie selon Zancolli des trois derniers doigts gauches le 30 novembre 2011 ; status post extraction de corps étranger, reperméabilisation diaphysaire du tibia droit, pose de billes de Garamycine le 19 décembre 2011 suivie d'une antibiothérapie ; status post arthrodèse du genou droit par fixateur externe hybride le 23 décembre 2011 ; status post neuropathie sévère du nerf sciatique poplité externe et discrète à modérée du nerf sciatique poplité interne droit avec pied droit en équin et rotation interne, diagnostic posé à l'électroneuromyographie du 17 janvier 2012 ; status post fracture de l'arthrodèse du genou droit le 15 septembre 2014 ; status post ostéosynthèse par fixateur externe de la fracture de l'arthrodèse du genou droit en septembre 2014 ; status post ablation du fixateur externe en novembre ou décembre 2014 ; hypoesthésie dans le territoire du nerf cutané sural latéral droit (musculocutané) avec diminution de l'éversion du pied droit (peroneus brevis et longus) au 7 décembre 2016 ; flessum réductible des

---

interphalangiennes proximales et distales des 3<sup>ème</sup> au 5<sup>ème</sup> doigts gauches chez un droitier au 7 décembre 2016. Il y avait une interaction entre l'arthrodèse de genou droit et la diminution de l'éversion du pied droit, d'origine neurologique. Il existait donc une attaque seconde du pied au sol avec surcharge de la 5<sup>ème</sup> métatarsophalangienne droite. Cela entraînait de façon intermittente un durillon.

L'assuré disait avoir effectué de nombreuses démarches pour trouver un emploi. Il affirmait que l'arthrodèse et l'absence de pratique du français représentaient les motifs de refus d'embauche. Les mesures de réadaptation étaient exigibles, dans le strict respect des limitations fonctionnelles. Le dernier emploi occupé, soit monteur en châssis de fenêtres en aluminium en Lybie, n'était plus exigible. Il existait une incapacité de travail totale de longue durée liée à une affection invalidante du mois de novembre 2011, date de constatation de la fracture du genou droit et de la lésion de la main gauche au 9 août 2012, date de consolidation de l'arthrodèse du genou droit. Il existait une incapacité de travail totale non liée à une affection invalidante du 15 septembre 2014, date de la fracture de l'arthrodèse du genou droit et de son traitement par un fixateur externe jusqu'aux mois de novembre-décembre 2014, date d'ablation du fixateur externe. En dehors de ces périodes, il n'existait pas d'incapacité de travail de 20 % au moins jusqu'au jour de l'expertise dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Dans une activité non adaptée, l'incapacité de travail était d'au moins 20 %. Au sujet des incapacités de travail attestées dans le dossier, le Dr H\_\_\_\_\_ a noté que les douleurs étaient qualifiées d'invalidantes. Or, le traitement antalgique, à base de paracétamol, était en réserve. Le terme de douleurs invalidantes n'était donc pas retenu. Quant à la boiterie, elle était inévitable dans une arthrodèse de genou. Il en était tenu compte dans les limitations fonctionnelles de classe 3 des membres inférieurs qui étaient retenues. On y associait les limitations décrites pour la main gauche. L'activité devait impérativement être de type sédentaire. Le gravisement d'escaliers à titre professionnel était interdit. Le travail exercé debout devait bénéficier d'une chaise de type opéré rachidien. La manipulation de produits dangereux avec la main gauche ou les deux mains était interdite. Il convenait de prendre en compte l'hypoesthésie de la main gauche et de la face externe de la jambe droite. Le travail nécessitant la possibilité de fuite à pied était interdit. Le pronostic à moyen et long terme était bon au plan mécanique pour l'arthrodèse du genou. Le pronostic de la lésion de la main gauche était excellent, sous couvert de la mobilisation régulière de l'extension des 3<sup>ème</sup> au 5<sup>ème</sup> doigts gauches. Il existait une augmentation du risque de gonarthrose gauche, non évaluable en l'absence des clichés initiaux. Les rachialgies étaient liées à la présence de l'arthrodèse du genou et aggravées par le déconditionnement musculaire para-rachidien. Les limitations fonctionnelles retenues en raison de l'arthrodèse du genou droit s'y appliquaient.

22. Le 9 février 2017, la Dresse E\_\_\_\_\_ a rendu un avis selon lequel l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ permettait de confirmer les conclusions du SMR du 2 février 2016, car aux termes de cette expertise, la situation s'était nettement améliorée aux niveaux

orthopédique et neurologique. Le SMR considérait que cette expertise était convaincante et pouvait en suivre les conclusions.

23. Par décision du 15 février 2017, l'OAI a refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente, eu égard à l'absence de perte de gain de l'intéressé.
24. Le 10 mars 2017, l'intéressé, par sa mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI auprès de la chambre de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, et sur le fond à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une rente d'invalidité dont le degré devrait être fixé après investigations complémentaires, et subsidiairement à des mesures de reclassement professionnel.
25. Par décision du 2 mars 2017, la Vice-Présidente du Tribunal civil du canton de Genève a octroyé l'assistance juridique à l'intéressé.
26. Le recourant a complété son recours le 18 avril 2017. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et neurologique ; et sur le fond à l'annulation de la décision ; à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une rente dont le degré devrait être fixé après investigations complémentaires ; à ce qu'il soit dit qu'il avait droit en sus à des mesures de reclassement professionnel ; subsidiairement à l'annulation de la décision ; à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à des mesures de reclassement professionnel ; à ce qu'il soit dit qu'il avait droit à une aide au placement ; et plus subsidiairement à l'annulation de la décision ; au renvoi à l'intimé pour instruction et nouvelle décision sur le droit à la rente, sur les mesures de reclassement professionnel et sur une aide au placement.

Le recourant a fait valoir que l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ était incohérente puisqu'elle reconnaissant qu'il souffrait de douleurs invalidantes tout en concluant à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. De plus, il admettait que la marche était limitée alors qu'il considérait qu'une activité dont le rythme serait contrôlé par le recourant était envisageable. Il serait intéressant de demander au Dr H\_\_\_\_\_ dans quels emplois le travailleur pouvait contrôler le rythme. L'expert avait reconnu une diminution de l'éversion du pied droit d'origine neurologique. Il constatait ainsi l'existence de douleurs et de problèmes d'origines neurologiques au pied droit. L'intimé n'avait pas pris en considération les conclusions des médecins du recourant. C'était à tort qu'il avait tenu compte d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il aurait en toute hypothèse dû prendre en compte une baisse de rendement et un abattement sur le salaire d'invalidé. S'agissant du rendement, à la lecture du rapport du Dr H\_\_\_\_\_, il ne faisait aucun doute que le recourant ne serait pas en mesure de travailler pendant huit heures par jour, et que son travail serait affecté par ses douleurs. La baisse de rendement était en tout cas de 20 %, ce qui ouvrait le droit à des mesures d'ordre professionnel. En outre, l'intimé n'avait jamais procédé à une expertise neurologique, malgré la demande du Dr D\_\_\_\_\_. Sur ce plan, l'intimé avait totalement ignoré les douleurs du

---

recourant. Par ailleurs, dans l'avis du SMR du 9 février 2017, la Dresse E\_\_\_\_\_ déduisait de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ que la situation du recourant s'était améliorée aux plans orthopédique et neurologique. Or, le Dr H\_\_\_\_\_ faisait état d'une situation calme, mais en aucun cas améliorée. En outre, cet expert n'était pas en mesure d'établir un diagnostic neurologique, domaine dans lequel il n'était pas spécialisé. Il ne l'avait d'ailleurs pas fait. Eu égard à ces éléments, l'intimé avait erré en n'admettant pas d'incapacité de travail. En présence d'avis clairement divergents sur cette question, il aurait dû ordonner une nouvelle expertise bidisciplinaire. En ce qui concernait l'abattement, il devait être au minimum de 20 %. En effet, l'assuré était de nationalité étrangère, ne parlait que très peu le français et souffrait de limitations fonctionnelle importantes.

27. Dans sa réponse du 13 juin 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a affirmé que l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ remplissait les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Sur le plan neurologique, l'expert indiquait une récupération de la force avec un retour à la normale de la flexion dorsale et plantaire du pied droit. Partant, un examen neurologique n'avait pas lieu d'être. Il ressortait des éléments du dossier que le recourant avait présenté une incapacité de travail totale du mois de novembre 2011 au mois d'août 2012, puis une incapacité de travail du 15 septembre 2014 au mois de décembre 2014, en lien avec la fracture de l'arthrodèse. En dehors de ces périodes, il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, lesquelles avaient été prises en compte.
28. Par réplique du 17 juillet 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a contesté la position de l'intimé, affirmant que la récupération de la force ne signifiait pas une guérison totale et ne permettait pas d'exclure les autres lésions neurologiques. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait en outre retenu que la limitation de la marche en raison de l'arthrodèse constituait un diagnostic invalidant. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait également attesté du caractère invalidant des douleurs, contrairement au Dr H\_\_\_\_\_. Ainsi, le recourant présentait encore une incapacité de travail ouvrant le droit à une rente. Une expertise bidisciplinaire s'avérait indispensable. Enfin, il était curieux que l'intimé ne se détermine pas sur le taux d'abattement du revenu d'invalidé, sur lequel il avait omis de reporter la réduction de 20 % admise à ce titre.

Le recourant a joint à son écriture un rapport de consultation du 15 juin 2017 du docteur I\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie orthopédique des HUG, qu'il avait consulté en raison de ses lombalgies. Le Dr I\_\_\_\_\_ notait que le recourant présentait des douleurs purement mécaniques sur l'inégalité de longueur des membres inférieurs, ce qui lui donnait une obliquité du bassin avec une claire répercussion au niveau de la charnière lombo-sacrée. Il était fort probable que l'apophyse transverse de L5 du côté gauche soit en contact avec l'aileron sacré, ce qui pourrait être en grande partie responsable de ses douleurs. Une prescription pour une semelle de compensation lui avait été remise.

29. Dans sa duplique du 29 août 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que le Dr H\_\_\_\_\_ avait procédé à un examen clinique neurologique des membres supérieurs et inférieurs lors de son expertise. Quant au rapport du Dr I\_\_\_\_\_, il avait été soumis au SMR, à l'avis duquel l'intimé se ralliait. L'inégalité de longueur des membres inférieurs, déjà connue et prise en compte par le Dr H\_\_\_\_\_, pouvait être corrigée par le port d'une semelle de compensation, ce qui devrait améliorer les lombalgies. Ainsi, aucun élément médical objectivement vérifiable n'avait été ignoré par l'intimé.

Dans l'avis joint du 22 août 2017, la doctoresse J\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a relevé que l'inégalité des membres inférieurs était déjà connue du Dr H\_\_\_\_\_. Ainsi, le nouveau rapport médical ne remettait pas en cause les conclusions du SMR.

30. La chambre de céans a entendu les parties en date du 25 septembre 2017.

Le recourant a exposé qu'en Lybie, il était étudiant et exerçait quelques emplois en parallèle. Il avait subi un accident en juillet 2011 en Lybie, et il était allé se faire soigner en Tunisie. Trois médecins suisses qui étaient venus en Tunisie lui avaient proposé d'être soigné en Suisse. Il était retourné en Lybie courant 2012, mais il ne savait plus exactement à quelle date. Il était revenu en Suisse en 2014. Il n'avait jamais travaillé en Suisse. Il avait à nouveau été accidenté en 2014 ou en 2015. Il était fatigué. Il n'arrivait pas à avoir une vie normale. Il avait des problèmes récurrents à la jambe, au bras et au dos. Il ne se sentait pas capable de travailler, il n'arrivait même pas à assumer les tâches ménagères. Son épouse s'occupait de lui et de leur fille. Elle supportait toutes les charges du ménage. Il avait essayé à plusieurs reprises de travailler en Suisse pour subvenir aux besoins de sa famille, bien qu'il en fût incapable. Cela avait une influence négative sur son moral.

La représentante de l'intimé a exposé que seule la fracture de septembre 2014, considérée comme une nouvelle atteinte, était prise en compte. Elle n'avait cependant entraîné qu'une incapacité de travail transitoire. Partant, c'était par erreur que le calcul du degré d'invalidité avait été effectué, de sorte qu'elle n'avait pas à se prononcer sur une éventuelle erreur de calcul due à la non prise en compte d'une réduction de 20 % sur le revenu d'invalidité. Pour le reste, les conditions d'assurance n'étaient remplies. Elles ne le seraient probablement pas non plus si l'atteinte de 2014 devait se révéler invalidante.

L'épouse du recourant a confirmé que le recourant était arrivé en Suisse le 30 décembre 2013 et que leur mariage avait été célébré le 31 janvier 2013. Elle avait pour sa part « plus ou moins toujours » exercé une activité lucrative depuis qu'elle était mariée, parfois à temps partiel. Elle avait couvert sa famille par le biais de ses propres cotisations.

A l'issue de l'audience, un délai a été imparti à l'intimé pour se prononcer sur les conditions d'assurance, en particulier au regard du droit à la rente et aux mesures professionnelles.

31. Dans ses déterminations du 16 octobre 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a souligné au sujet des conditions d'assurance que seul l'accident du 15 septembre 2014 devait être pris en compte. Cet accident n'avait justifié qu'une incapacité limitée dans le temps et n'ouvrait ainsi pas droit à des prestations d'invalidité, notamment des mesures d'ordre professionnel. Même si cet accident devait être considéré comme invalidant, les conditions d'assurance ne seraient de toute manière pas remplies pour le droit à la rente, et cela même en présence d'une double cotisation de la part de l'épouse du recourant - dont on ignorait au demeurant les détails. En outre, les déclarations du recourant durant son audition démontraient une absence d'aptitude subjective à des mesures d'ordre professionnel.
32. Dans ses observations du 12 décembre 2017, le recourant a soutenu que les rapports au dossier n'avaient pas permis de définir quand l'invalidité était survenue. La date de la survenance déterminait son droit aux prestations, de sorte qu'un expert devait être désigné pour clarifier ce point. Le recourant réitérait sa conclusion dans ce sens.
33. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimé le 14 décembre 2017.
34. 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) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Le recours, interjeté dans les délai et forme légaux, est recevable (art. 56ss LPGA).  
On précisera en particulier que malgré leur libellé, les conclusions du recourant doivent être interprétées comme tendant à la condamnation de l'intimé au versement des prestations en cause, de sorte qu'elles ne sont pas constatatoires. Elles sont dès lors recevables (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_854/2016 du 21 juillet 2017 consid. 1).
4. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant, notamment sur son degré d'invalidité et sur le point de savoir si les conditions d'assurance sont remplies.
5. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures

soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1<sup>bis</sup> LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Selon l'art. 9 al. 1 bis LAI, le droit aux mesures de réadaptation prend naissance au plus tôt au moment de l'assujettissement à l'assurance obligatoire ou facultative et s'éteint au plus tard à la fin de cet assujettissement.

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité 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'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.
7. L'art. 6 al. 2 LAI prévoit que les étrangers ont droit aux prestations, sous réserve de l'art. 9, al. 3, aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse. Aucune prestation n'est allouée aux proches de ces étrangers s'ils sont domiciliés hors de Suisse.

---

L'art. 36 al. 1 LAI dispose qu'a droit à une rente ordinaire l'assuré qui, lors de la survenance de l'invalidité, compte trois années au moins de cotisations.

8. a) Aux termes de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

Le moment de la survenance de l'invalidité doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b).

b) S'agissant du droit à la rente, l'invalidité est réputée survenue lorsque naît ce droit conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 28 LAI, c'est-à-dire au plus tôt lorsqu'une incapacité de travail d'au moins 40 % a duré une année au moins (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_610/2014 du 5 novembre 2014 consid. 3).

c) Pour ce qui est de la survenance de l'invalidité pour les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, l'art. 10 al. 2 LAI prévoit que le droit aux autres mesures de réadaptation et aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a prend naissance dès qu'elles sont indiquées en raison de l'âge et de l'état de santé de l'assuré. Selon la jurisprudence, est déterminant le moment à partir duquel l'invalidité, compte tenu de sa nature et de sa gravité, nécessite la mesure de réadaptation et la rend possible. L'événement assuré est réputé survenu lorsque l'atteinte à la santé influe sur la capacité de gain à un degré tel que l'on ne peut plus exiger de l'intéressé qu'il exerce son activité comme il le faisait avant la survenance de l'atteinte, que la mesure de réadaptation envisagée apparaît nécessaire, et que les traitements et mesures médicales de réadaptation sont terminés. Par conséquent, même si la nécessité de mesures de réadaptation futures est souvent reconnaissable peu après l'événement à l'origine de l'invalidité, cela ne signifie cependant pas que le cas d'assurance respectivement l'invalidité sont alors survenus pour la mesure d'ordre professionnel en cause. Ce qui est déterminant à cet égard, c'est la date à partir de laquelle l'atteinte à la santé, en fonction de sa nature et de sa gravité actuelles, rend nécessaire la mesure d'ordre professionnel, d'une part, et en permet, d'autre part, la mise en œuvre. L'invalidité ne survient donc pas déjà lorsqu'il apparaît qu'une mesure d'ordre professionnel sera nécessaire, mais seulement lorsque l'état de santé de l'assuré rend possible une telle mesure. Aussi longtemps que la mise en œuvre de la mesure d'ordre professionnel est exclue en raison de l'état de santé de l'assuré, l'invalidité n'est pas survenue pour la mesure en cause (ATF 140 V 246 consid. 6.2 et les références).

9. a) Pour trancher le droit aux prestations d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus

---

de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

10. Pour trancher le présent litige, il est nécessaire de déterminer si le recourant est invalide au sens de la loi, et dans l'affirmative d'analyser si la condition d'assurance liée à la durée de cotisation était réalisée au moment de la survenance de cette invalidité.

a) Il convient ainsi en premier lieu de déterminer si les réponses que le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ apporte à la première de ces questions doivent se voir reconnaître valeur probante.

Force est de constater que tel est le cas. Cet expert a en effet rendu un rapport comprenant au plan formel tous les éléments nécessaires selon la jurisprudence, puisqu'il contient une anamnèse, relate les plaintes du recourant et les constatations cliniques, et que les conclusions, motivées, ainsi que les diagnostics ont été émis en parfaite connaissance du dossier du recourant.

Les autres rapports médicaux au dossier ne justifient pas une autre appréciation. S'agissant des indications des médecins du Service de chirurgie orthopédique des HUG, le Dr C\_\_\_\_\_ a certes fait état d'une capacité de travail limitée à 50 % dans une activité adaptée dans son rapport du 3 juin 2015. Il n'a cependant pas motivé cette appréciation. De plus, le Dr D\_\_\_\_\_ a admis en janvier 2016 qu'un taux d'activité plus élevé serait envisageable. Ce médecin a par la suite affirmé que la capacité de travail du recourant était clairement diminuée dans toute activité. Cette assertion n'est cependant pas suffisamment étayée, et le Dr D\_\_\_\_\_ a du reste souligné qu'une analyse approfondie était nécessaire. Or, comme on l'a vu, le Dr H\_\_\_\_\_ a bien procédé à un examen fouillé de la situation. On notera par ailleurs qu'il admet les mêmes limitations fonctionnelles que les médecins précités. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, les éléments qu'il a mentionnés dans son certificat du 28 juillet 2016 n'ont pas été ignorés par l'expert. De plus, la limitation du taux de travail à 40 % n'est pas motivée. Enfin, s'agissant du certificat du Dr I\_\_\_\_\_ du 15 juin 2017, il ne contient pas non plus d'éléments nouveaux dont l'expert n'aurait pas tenu compte. En effet, ce médecin explique les douleurs dorsales par l'inégalité de longueur des membres du recourant. Or, ce sont là des troubles connus du Dr H\_\_\_\_\_, qui a rapporté des rachialgies, dont il a exposé qu'elles étaient en lien avec l'arthrodèse du genou.

Les arguments du recourant ne suffisent pas non plus à mettre en doute les conclusions du Dr H\_\_\_\_\_. En premier lieu, contrairement à ce qu'il affirme, le Dr H\_\_\_\_\_ n'a précisément pas conclu à l'existence de douleurs invalidantes, ce qu'il a justifié en soulignant que le traitement antalgique consistait en paracétamol, prescrit en réserve. En outre, l'existence de douleurs n'est en soi pas incompatible avec l'exercice d'une activité adaptée. Le recourant entend également tirer argument du fait qu'il n'a pas fait l'objet d'une expertise neurologique. Ce moyen ne lui est cependant d'aucun secours. En effet, comme le souligne à juste titre l'intimé, le Dr H\_\_\_\_\_ a procédé à un examen neurologique des membres inférieurs et supérieurs. En outre, si le Dr D\_\_\_\_\_ a évoqué la nécessité d'une évaluation approfondie, il n'a nullement indiqué qu'il devait s'agir d'une expertise émanant d'un neurologue. La chambre de céans relève d'ailleurs qu'il ne ressort pas du dossier que le recourant ferait l'objet d'un traitement neurologique, et que ce dernier ne le soutient d'ailleurs pas. Dans ces conditions, il n'est guère vraisemblable qu'il présente d'importantes atteintes de cet ordre qui auraient été omises par l'expert. Quant à la baisse de rendement de 20 % au moins alléguée par le recourant, elle ne repose sur aucun élément médical concret.

Eu égard à ces éléments, la chambre de céans n'a pas de motif de s'écarter des conclusions du Dr H\_\_\_\_\_. Partant, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1), elle ne fera pas droit à la requête d'expertise du recourant.

b) Le Dr H\_\_\_\_\_ a conclu que le recourant, occupé en tant que monteur de châssis de fenêtres jusqu'à l'accident qu'il a subi en juillet 2011 en Lybie, ne peut plus exercer cette activité en raison des blessures qu'il a subies. C'est ici le lieu de rappeler que l'invalidité est une notion avant tout économique et que ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_276/2014 du 22 octobre 2014 consid. 4.2). En l'espèce, les limitations fonctionnelles incompatibles avec la profession de monteur de châssis de fenêtres sont liées aux atteintes résultant de l'accident de juillet 2011, comme cela ressort de l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_. Partant, c'est cet événement qui doit être considéré comme invalidant. Aux termes de l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, la fracture de l'arthrodèse survenue en septembre 2014 a causé une incapacité de travail transitoire de quelques mois, mais elle n'a pas entraîné une aggravation des limitations fonctionnelles du recourant ou une détérioration durable de sa capacité de gain. Ce second événement n'est ainsi pas de nature à modifier le degré d'invalidité du recourant.

c) En ce qui concerne le droit à la rente du recourant, il nécessite une durée de cotisations d'au moins trois ans, comme cela ressort des dispositions légales précitées. Or, même s'il fallait retenir que l'accident en Lybie a entraîné une invalidité ouvrant le droit à la rente, force serait alors de retenir que cette condition d'assurance ne serait pas réalisée. En effet, le recourant n'était pas encore établi en Suisse et ne s'y était pas acquitté de cotisations sociales au moment de la

survenance de l'invalidité, soit à l'issue du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 LAI, malgré son hospitalisation aux HUG de novembre 2011 à janvier 2012. Il n'aurait donc en toute hypothèse pas droit à une rente.

d) S'agissant du droit à des mesures d'ordre professionnel, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu qu'une activité adaptée était exigible dès la consolidation de l'arthrodèse du genou droit consécutive à l'accident initial, c'est-à-dire en août 2012. C'est ainsi dès ce moment que des mesures d'ordre professionnel auraient pu être mises en œuvre. Partant, c'est à cette date qu'est réputée survenue l'invalidité en lien avec le droit à ces prestations. Or, le recourant ne justifiait pas non plus d'une année de cotisation en août 2012, de sorte que le droit aux mesures prévues à l'art. 8 LAI ne serait pas ouvert, et ce même s'il fallait retenir un degré d'invalidité de 20 % au moins.

Eu égard aux éléments qui précèdent, la décision de l'intimé s'avère conforme au droit.

11. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), il y a lieu en l'espèce de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative - E 510.03).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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