

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1264/2024

ATAS/890/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 novembre 2024

Chambre 9

En la cause

A _____
représenté par Me Jean-Philippe ANTHONIOZ, avocat

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Andres PEREZ et Michael
RUDERMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1961, de nationalité angolaise, vit en Suisse depuis plusieurs années et est au bénéfice d'une admission provisoire (permis F).
 - b.** L'assuré a uniquement suivi l'enseignement primaire et secondaire en Angola et ne dispose d'aucune formation professionnelle. En Suisse, selon l'extrait de son compte individuel, il a exercé plusieurs emplois de courte durée dès 2007 dans les domaines de l'entretien et de l'hôtellerie et a travaillé en dernier lieu en tant que garçon d'office et plongeur d'un établissement hôtelier, en février et mars 2019.
 - c.** L'assuré est bénéficiaire depuis plusieurs années de l'aide sociale.
- B.**
- a.** Le 7 juillet 2023, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) a réceptionné une demande de prestations formée par l'assuré mentionnant qu'il souffrait d'une hypertension artérielle, de diabète et des suites d'un accident vasculaire cérébral (ci-après : AVC).
 - b.** Dans un rapport du 29 septembre 2023, la docteure B_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitante de l'assuré, a indiqué que ce dernier avait plusieurs antécédents médicaux, dont un AVC ischémique de la corona radiata gauche sur probable micro-angiopathie hypertensive, une polyneuropathie mixte diabétique et éthylique, un accident ischémique transitoire sylvien gauche, une hypertension artérielle, un diabète de type II, une cataracte à l'œil droit et un syndrome d'apnées obstructives du sommeil. À titre de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, elle a mentionné une fatigue, la polyneuropathie et l'absence de séquelles fonctionnelles des deux AVC. Elle a de plus indiqué que les limitations fonctionnelles de l'assuré et le pronostic sur sa capacité de travail devaient être évalués.
 - c.** Selon une lettre de sortie du service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 12 décembre 2022, l'assuré avait été admis aux urgences en raison d'une perte de force brutale du membre inférieur droit. Le diagnostic d'AVC ischémique de la corona radiata gauche, probablement sur micro-angiopathie hypertensive avait été posé le 4 décembre 2022. L'évolution du déficit moteur crural droit avait été favorable durant l'hospitalisation, sans nécessité de rééducation physiothérapeutique, mais avec une asthénie résiduelle. L'assuré avait en outre présenté des douleurs paroxystiques peu invalidantes de type paresthésies, apparues progressivement depuis plusieurs mois et stables, notamment au niveau de la face postérieure des mollets et des pieds, davantage du côté gauche, sans perte de force ni trouble d'équilibre associés.
 - d.** Le 7 décembre 2022, dans le cadre de son hospitalisation aux HUG, l'assuré a réalisé un examen neuropsychologique faisant état, sur le plan mnésique, d'un trouble sévère affectant la mémoire antérograde verbale pour les processus

d'encodage, de récupération et de stockage. Sur le plan exécutif, des difficultés pour l'abstraction et l'autoactivation auto phonémique étaient mises en évidence. Une évaluation en neurologie du comportement était conseillée afin de préciser l'hypothèse étiologique des déficits neuropsychologiques, qui dépassaient le cadre lésionnel de l'AVC.

e. Selon un rapport de consultation de suivi de l'AVC établi par les HUG le 31 mars 2023, l'assuré était aplointif hormis une fatigue résiduelle. L'examen clinique ne retrouvait plus de déficit focal et l'évolution à trois mois post-AVC était favorable.

f. En octobre 2023, les HUG ont indiqué à l'OAI que l'assuré n'était pas suivi par le service de neurologie.

g. Le 30 novembre 2023, après avoir eu un échange téléphonique avec la Dre B _____ au cours duquel celle-ci aurait estimé que l'assuré avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans port de charges lourdes et sans position debout statique prolongée mais que l'activité habituelle n'était plus exigible compte tenu de la fatigue, de l'âge, du déconditionnement à l'effort et des comorbidités, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a retenu une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de plongeur dès le 4 décembre 2022 et une capacité entière de travail dans une activité adaptée dès le 29 septembre 2023. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigue, pas de station debout prolongée, pas de marche prolongée et pas de port de charges lourdes de plus de 10 kg répétés.

h. Le 5 décembre 2023, l'OAI a retenu le statut d'actif de l'assuré.

i. Par calculs du 26 janvier 2024, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assuré et l'a fixé à 0% en 2023, respectivement à 10% en 2024. Tant le revenu sans invalidité que celui avec invalidité étaient fondés sur les statistiques et correspondaient au salaire total, de niveau 1, le domaine dans lequel l'assuré aurait travaillé sans atteinte à la santé ne pouvant être défini avec précision. Le calcul pour l'année 2024 tenait compte d'une réduction forfaitaire de 10% sur le salaire avec invalidité.

j. Par projet de décision du 29 janvier 2024, l'OAI a indiqué vouloir rejeter la demande, le taux d'invalidité n'étant pas suffisant pour l'octroi de prestations.

k. Le 26 février 2024, par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a contesté le projet de décision, sollicitant la reprise de l'instruction et la réalisation d'une expertise médicale pluridisciplinaire afin de déterminer l'anamnèse complète, les diagnostics, les limitations fonctionnelles, la baisse de rendement, le taux d'activité exigible et le type d'activité possible. Il a en outre requis la mise en place de mesures d'observation professionnelle et l'octroi d'une rente entière d'invalidité. L'OAI n'avait pas suffisamment instruit la cause, la seule conversation téléphonique entre le SMR et la Dre B _____ ne permettant pas de pallier à l'absence de rapport médical complet se prononçant sur la capacité de

travail et la baisse de rendement. Il contestait avoir une quelconque capacité de travail sur le marché ordinaire de l'emploi, ses atteintes engendrant une baisse de rendement considérable. À tout le moins, seule une capacité de travail à un taux inférieur à 50% pouvait être retenue dans une activité adaptée, ce qui impliquait d'accorder un abattement de 20% sur le revenu avec invalidité.

L'assuré a en outre remis un rapport de la Dre B_____ du 16 février 2024 relevant que le bref entretien téléphonique qu'elle avait eu avec le SMR, sans préparation préalable de sa part, ne pouvait pas faire office d'expertise sur la capacité de travail. L'assuré était un patient diabétique, hypertendu, hypercholestérolémique avec comme complication vasculaire deux AVC, heureusement non séquellaires. Aucun diagnostic n'impactait clairement sa capacité de travail au vu du caractère non séquellaire des deux AVC, mais un ensemble de facteurs (déficit global de force, faible niveau scolaire, difficultés de compréhension) rendait néanmoins l'insertion professionnelle et un rendement difficiles à envisager. Elle n'était pas à même d'évaluer la capacité de travail, le taux et le type d'activité que pourrait entreprendre l'assuré, ceci devant faire l'objet d'un stage d'évaluation professionnelle.

l. Le 5 mars 2024, le SMR a considéré que les facteurs mentionnés par la Dre B_____, rendant difficile l'insertion professionnelle, étaient des facteurs extra-médicaux, et que son rapport ne faisait état d'aucun élément médical nouveau. Après réexamen de la totalité des pièces au dossier, le SMR a estimé que, selon toute vraisemblance, d'un point de vue médico-théorique, la capacité de travail de l'assuré était entière dans une activité strictement adaptée sur le plan intellectuel et physique, à savoir pour toute activité simple et peu physique sans station debout prolongée, sans marche prolongée, sans port de charges lourdes de plus de 10 kg occasionnels ou de 5 kg répétés. Par ailleurs, compte tenu des faibles ressources et de la fatigue, une diminution de rendement de 30% maximum dans une telle activité pouvait être admise.

m. Par décision du 12 mars 2024, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Au 1^{er} décembre 2023, à l'échéance du délai d'attente d'un an, la perte de gain de l'assuré s'élevait à 30% et, en 2024, à 37%, ce qui était insuffisant pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Des mesures professionnelles étaient par ailleurs refusées, le marché équilibré du travail offrant un nombre significatif d'activités accessibles sans aucune formation particulière, telles que des tâches simples de surveillance, d'accueil, de réception, de vérification ou de contrôle.

- C. a.** Par acte du 16 avril 2024, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce qu'une expertise médicale judiciaire en médecine interne, neurologie, ophtalmologie et rhumatologie ainsi qu'une mesure d'observation professionnelle judiciaire soient mises en œuvre, principalement, à ce qu'une pleine rente d'invalidité lui soit octroyée à compter du 1^{er} septembre 2023 et au renvoi du

dossier à l'intimé pour calcul de celle-ci, et, subsidiairement, à ce que le dossier soit renvoyé à ce dernier pour mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et de mesures d'observation professionnelle.

L'intimé avait mal instruit le dossier et il n'était pas admissible qu'il fonde la capacité de travail éventuelle sur sa seule appréciation, sans aucun rapport médical probant pour étayer sa position. La question de son employabilité dans le marché ordinaire de l'emploi se posait aussi compte tenu d'un tonus et de capacités mnésiques altérés en raison de l'AVC, de parésies dans le passé, et au vu de ses différentes tentatives d'insertion qui avaient systématiquement échoué après quelques mois de travail. Il convenait ainsi de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire afin de déterminer sa capacité de travail en temps et en rendement et ses limitations fonctionnelles, ainsi qu'une mesure d'observation professionnelle afin de déterminer si une éventuelle capacité de travail résiduelle était concrètement possible dans le marché ordinaire de l'emploi. Subsidiairement, il fallait renvoyer la cause à l'intimé pour instruction en ce sens. S'agissant du degré d'invalidité le recourant estimait n'avoir aucune capacité de travail dans le marché ordinaire de l'emploi, mais uniquement, le cas échéant, dans un environnement protégé, ce qui justifiait l'octroi d'une rente entière. Subsidiairement, faute de donnée médicale probante, il n'était pas possible de déterminer le taux d'activité éventuellement possible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et à son tonus. Il estimait dès lors être apte à travailler à 40%, avec une baisse de rendement de 30%, ce qui, compte tenu également d'un abattement de 20%, aboutissait à une invalidité de 80%. Plus subsidiairement, le recourant a exposé que l'intimé avait changé sa façon de prendre en considération l'abattement depuis le 1^{er} janvier 2024 et ne l'appliquait plus sur le salaire avec invalidité complet, mais sur celui comprenant déjà la baisse de rendement, ce qui était en défaveur des assurés.

b. Par mémoire de réponse du 14 mai 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il disposait d'un large pouvoir d'appréciation dans la conduite de la procédure concernant la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Ce n'était que si, sur la base des renseignements médicaux récoltés, il ne pouvait apprécier les faits médicaux en raison de la complexité du cas ou de la spécificité des questions, qu'il demandait une expertise médicale. En l'occurrence, la mise en œuvre d'une expertise était superflue, la Dre B_____ ayant admis qu'il n'existait pas de diagnostic impactant clairement la capacité de travail. Une diminution de rendement de 30% avait toutefois été admise afin de tenir compte des faibles ressources et de la fatigue du recourant, seuls facteurs pouvant être pris en considération. S'agissant de la méthode de calcul, il était parfaitement correct de déduire en premier lieu la diminution de rendement avant de procéder à la déduction forfaitaire.

c. Par réplique du 12 juin 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions, soulignant que, dans son rapport du 29 septembre 2023, la Dre B_____ avait

mentionné qu'il ne lui était pas possible d'évaluer sa capacité de travail. Ce point devait justement être clarifié, de sorte que la mention qu'il n'existait pas de diagnostic impactant clairement sa capacité de travail n'y changeait rien. Concernant la méthode d'évaluation de l'invalidité, tant la correction forfaitaire que la baisse de rendement, devaient être appliquées sur la base d'un salaire statistique à 100%, et non sur la base d'un salaire statistique déjà réduit dans l'une ou l'autre des réductions.

d. Par écriture du 20 juin 2024, l'intimé a indiqué avoir calculé le degré d'invalidité du recourant conformément à la réglementation légale et à la circulaire applicable, en tenant compte dans un premier temps de la baisse de rendement et en procédant, par la suite, à la déduction forfaitaire.

e. Ladite écriture a été communiquée au recourant.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité dès le 1^{er} janvier 2024, plus particulièrement sur la question de savoir si l'intimé a correctement instruit le dossier et fixé son degré d'invalidité.

3.

3.1 Le 1^{er} 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. Le RAI a connu une nouvelle modification le 18 octobre 2023, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024 (RO 2023 635).

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 1^{er} 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 en janvier 2024, soit six mois après le dépôt de la demande du 7 juillet 2023 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur et, s'agissant du RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2024.

3.2 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

A droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

3.3 Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1).

À ce titre, l'art. 43 LPGA énonce que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assureur détermine la nature et l'étendue de l'instruction nécessaire (al. 1^{bis}).

Selon l'art. 69 al. 2 RAI, l'office AI réunit les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé du requérant, son activité, sa capacité de travail et son aptitude à être réadapté, ainsi que sur l'indication de mesures déterminées de réadaptation. Des rapports ou des renseignements, des expertises ou une instruction sur place peuvent être exigés ou effectués.

Il revient aux services médicaux régionaux d'évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : OFAS) (art. 49 al. 1 RAI).

Selon la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ci-après : CPAI) établie par l'OFAS, la portée de l'instruction médicale dépend du tableau clinique, de la complexité du cas et du type de prestation AI envisagée. L'instruction porte en principe sur les aspects suivants : atteinte à la santé (expression des symptômes, gravité, facteurs non pris en considération par l'assurance) ; diagnostic ; limitations fonctionnelles et impact sur la capacité de travail (en fonction du taux d'occupation et des tâches de l'assuré, mais aussi des éventuelles possibilités d'adaptation du poste de travail) ; ressources de l'assuré ; possibilités éventuelles de réadaptation ou d'exercice d'une activité adaptée ; anamnèse succincte ; informations sur le quotidien de l'assuré ; description du traitement et du plan de traitement (date de début, thérapie suivie jusque-là, pronostic, type et fréquence du traitement, médicaments et dosages prescrits, prise des médicaments, efficacité, changements de thérapie prévus ou opérés, objectifs thérapeutiques) ; thérapies et traitements médicaux suivis ; incapacités de travail (ch. 3049 CPAI, dans sa version en vigueur au 1^{er} janvier 2024).

D'après le ch. 3051 CPAI, les informations peuvent être obtenues en demandant un rapport médical ou des documents médicaux déjà disponibles (rapports de consultation, rapports d'opération et de sortie, documents de l'AMal, de la Suva, etc.) ou en ayant un entretien avec le médecin traitant. Les informations fournies oralement doivent être consignées conformément au ch. 6026, lequel prévoit que, dans les cas où l'audition [à la suite du préavis rendu par l'office AI selon l'art. 57a LAI] a lieu oralement, dans le cadre d'un entretien personnel, l'office AI établit un procès-verbal sommaire qui est signé par l'assuré.

L'assureur n'a pas à épuiser toutes les possibilités d'investigations, s'il estime, par une appréciation anticipée des preuves fournies par les investigations auxquelles il a déjà procédé, que certains faits présentent le degré de preuve requis par les

circonstances et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation. À l'inverse, l'assureur ne peut renoncer à mettre en œuvre des mesures d'instruction complémentaires, lorsqu'il apparaît, sur la base du dossier ou des allégations de la personne assurée, que les faits pertinents n'ont pas été établis de manière correcte et complète ou qu'il existe des contradictions insurmontables (Jacques Olivier PIGUET, *in* Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 12 *ad* art. 43 LPGA).

Selon la jurisprudence, 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 ; 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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

Ainsi, si les pièces au dossier ne permettent pas de trancher les questions contestées, les rapports sur dossier du SMR au sens de l'art. 49 al. 1 et 3 RAI ne peuvent généralement pas constituer une évaluation finale, mais doivent donner lieu à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_58/2011 du 25 mars 2011 consid. 3.3 ; ATAS/693/2019 du 30 juillet 2019 consid. 6g).

3.4 Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI et le RAI ont connu plusieurs modifications (*cf.* consid. 3.1). À son art. 54a al. 3, la LAI prévoit désormais que les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels. L'art. 49 al. 1^{bis} RAI précise que lors de la détermination des capacités fonctionnelles au sens de cette disposition, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales ou psychiques.

La capacité fonctionnelle de l'assuré revêt une place centrale dans le système ainsi mis en place, car elle permet notamment de quantifier la déduction à opérer sur le revenu avec invalidité au sens de l'art. 26^{bis} al. 3 RAI, à savoir déterminer si une réduction de 10% ou de 20% doit être accordée, la seconde hypothèse trouvant

application lorsque, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle de 50% ou moins.

Selon le rapport explicatif de l'OFAS du 18 octobre 2023 rendu après la procédure de consultation, la nouvelle modification du RAI entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024 avait pour but d'introduire une méthode de calcul sous la forme d'une déduction forfaitaire permettant, lors de la détermination du revenu avec invalidité au moyen de valeurs statistiques, de tenir compte des possibilités de revenu réelles des personnes atteintes dans leur santé (ch. 3, p. 5). L'OFAS a indiqué que, dans ce cadre, les médecins du SMR compétent doivent procéder à une évaluation complète de la capacité fonctionnelle restante de l'assuré en se basant sur les rapports des médecins traitants, le cas échéant sur leurs propres examens et, au besoin, sur les expertises de médecins spécialistes. Pour ce faire, ils prennent en compte tous les facteurs médicaux limitant la capacité fonctionnelle, mais aussi, depuis l'entrée en vigueur du développement continu de l'AI le 1^{er} janvier 2022, les limitations dues à l'atteinte à la santé. Autrement dit, toute limitation quantitative ou qualitative due à l'invalidité lors de l'exercice d'une activité lucrative (par ex. besoin de davantage de pauses, limites d'effort, ralentissement en comparaison avec une personne en bonne santé, âge, gravité de la maladie, atteintes à la santé particulièrement importantes, etc.) est évaluée et consignée. Ainsi, la capacité fonctionnelle est déterminée tant à partir des facteurs médicaux que des limitations qualitatives et quantitatives dues à l'atteinte à la santé ; elle est prise en compte dans le calcul du revenu avec invalidité (ch. 4.1, p. 8).

3.5 Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Un renvoi 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. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

4. En l'espèce, l'intimé a nié au recourant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il n'atteignait pas le degré d'invalidité requis, après avoir pris en compte une capacité de travail entière dans une activité adaptée et une diminution de rendement de 30%. L'intimé s'est ainsi appuyé sur les conclusions médicales du SMR, lequel avait retenu qu'au vu des faibles ressources et de la fatigue du recourant, une diminution de rendement de 30% au maximum pouvait être admise, la capacité de travail médico-théorique étant entière dans une activité adaptée.

Il sied de constater que le premier rapport écrit de la Dre B_____ et les différents documents médicaux récoltés dans le cadre de l'instruction du dossier ne donnent pas d'indications chiffrées quant à la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, ni ne renseignent sur ses limitations fonctionnelles, celles-ci devant, selon la médecin traitante, être évaluées. Le rapport du 29 septembre 2023 cite cependant plusieurs antécédents médicaux et des diagnostics affectant la capacité de travail du recourant.

Le SMR a ensuite complété l'instruction du dossier en téléphonant à la Dre B_____, laquelle aurait alors affirmé que le recourant avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée sans port de charges lourdes et position debout statique prolongée.

S'il n'était pas interdit au SMR d'échanger oralement avec la médecin traitante dans le cadre de l'instruction du dossier, un tel procédé étant réservé par l'art. 43 al. 1 LPGA, l'entretien téléphonique devait néanmoins faire l'objet d'un procès-verbal écrit signé par l'intéressée, conformément au ch. 3051 CPAI. Une telle injonction paraît en effet fondamentale afin de garantir, d'une part, la véracité des informations reportées et, d'autre part, d'assurer un temps de réflexion à la personne s'étant exprimée.

Or, en l'occurrence, cette prescription de forme n'a pas été respectée et la Dre B_____ s'est précisément plainte de ce qu'elle n'avait pas été préparée à l'objet de la conversion. Par la suite, dans son rapport du 16 février 2024, la médecin traitante a affirmé ne pas être en mesure d'évaluer la capacité de travail du recourant, aucun diagnostic n'ayant un impact clair à cet égard au vu du caractère non séquellaire des AVC. Elle a néanmoins indiqué qu'un ensemble de facteurs rendait son insertion professionnelle difficile à envisager et a cité à ce titre un déficit global de force, un faible niveau scolaire et des difficultés de compréhension, relevant en outre que le bilan neuropsychologique – qu'elle n'avait pas – était important car il permettrait d'exclure une composante vasculaire aux difficultés mnésiques du recourant. Elle a enfin relevé que l'évaluation de la capacité de travail de ce dernier devait se faire par le biais d'un stage d'évaluation professionnelle.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans estime que le SMR n'avait pas suffisamment d'éléments fiables permettant de retenir une capacité de travail

entière du recourant dans une activité adaptée. Le rapport du 16 février 2024 de la Dre B_____ ne confirme en effet pas ses précédentes déclarations orales à ce propos mais demande qu'un stage d'évaluation professionnelle soit réalisé, de sorte qu'une telle conclusion est sujette à caution.

Par ailleurs, alors que, dans son premier avis, le SMR ne s'était pas prononcé en faveur d'une baisse de rendement, il l'a fait après réception du rapport du 16 février 2024 de la Dre B_____, et a fixé la diminution à 30% au maximum, taux qui a été repris par l'intimé dans ses calculs.

Cependant, compte tenu des indications données par la médecin dans ce rapport, l'on ignore de quelle manière le SMR a apprécié que les faibles ressources et la fatigue du recourant impliquaient une diminution de rendement s'élevant à 30% au maximum. Il faut en outre relever que la Dre B_____ mentionnait, à titre de facteurs rendant difficile l'insertion professionnelle du recourant, un déficit global de force et des difficultés de compréhension, lesquelles, compte tenu du bilan neuropsychologique réalisé, pourraient avoir un substrat médical et pourraient devoir être prises en compte. L'avis du SMR n'est par ailleurs pas suffisamment détaillé pour savoir si la fatigue qu'il a admise se recoupe avec le manque global de force évoqué par la Dre B_____.

Bien que la maxime inquisitoire applicable en matière d'assurances sociales laisse à l'intimé une certaine latitude pour déterminer la nature et l'étendue des mesures d'instruction nécessaires, elle lui impose aussi, si les pièces au dossier ne contiennent pas d'indications claires, de poursuivre l'instruction médicale.

Tel aurait précisément dû être le cas en l'espèce, puisque les renseignements recueillis ne permettaient pas de se prononcer de manière concluante sur les diagnostics incapacitants, les limitations fonctionnelles qu'ils engendraient, leurs répercussions sur la capacité de travail dans une activité adaptée et l'éventuelle diminution de rendement. En particulier, l'avis médical final du SMR du 5 mars 2024 ne s'est pas contenté d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prendre position à leur sujet, mais a formulé des conclusions sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et la diminution de rendement, questions qui n'avaient pourtant pas fait l'objet de réponses claires de la part des médecins traitants. Le SMR a ainsi excédé les prérogatives qui lui sont conférées, sans que son évaluation puisse, à ce stade de l'instruction, être approuvée, ne reposant sur aucun autre avis médical probant et ayant été rendue sans examen personnel du recourant.

Il convient par ailleurs de remarquer que, dans le cadre du développement continu de l'AI, la notion de capacités fonctionnelles de la personne assurée a acquis une importance prépondérante et que le SMR doit non seulement évaluer la capacité de travail de la personne assurée en prenant en considération tous les facteurs médicaux la limitant, mais aussi, les limitations qualitatives et quantitatives dues à l'atteinte à la santé. Il s'agit donc, d'une part, d'estimer le temps de présence

médicalement justifié, et, d'autre part, d'évaluer les capacités qualitatives durant ce temps de présence afin d'obtenir une image réaliste des capacités fonctionnelles de la personne assurée, celles-ci déterminant notamment la déduction forfaitaire à appliquer selon l'art. 26^{bis} al. 3 RAI (*cf.* consid. 3.4 ci-dessus).

Dans ce contexte, la question de l'ampleur de la diminution de rendement du recourant dans une activité adaptée est centrale et devait être instruite avec soin.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que l'instruction à laquelle a procédé l'intimé est lacunaire et viole la maxime inquisitoire sociale. L'estimation que fait le recourant de sa capacité de travail dans une activité adaptée (40% avec une diminution de rendement de 30%) ne peut pas non plus être suivie, s'agissant d'une hypothèse qui n'est fondée sur aucune donnée médicale probante, comme il le concède lui-même.

Il se justifie ainsi de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale, qui, compte tenu des problématiques en cause, devra comporter un volet en médecine interne et un volet en neurologie. En effet, même si les examens réalisés ont démontré que les AVC n'avaient pas de caractère séquellaire, le recourant souffre cependant, selon les explications de la Dre B_____, d'un déficit global de force et est atteint d'une polyneuropathie sensitive des membres inférieurs incapacitante. Par ailleurs, le rapport d'examen neuropsychologique des HUG préconisait une évaluation en neurologie du comportement au vu des troubles cognitifs détectés.

Il n'apparaît par contre pas nécessaire d'ordonner une expertise ophtalmologique et rhumatologique, tel que sollicité par le recourant, au vu de l'absence de suivi dans ces disciplines et d'éléments suggérant des atteintes à la santé incapacitantes relevant de ces spécialités.

Enfin, à l'issue de l'expertise bidisciplinaire, il reviendra aux experts, voire à l'intimé, d'examiner si d'autres mesures probatoires devront être réalisées, telles que la passation du test d'évaluation des capacités fonctionnelles (ECF) ou un stage dans un centre d'observation professionnelle.

Au vu du renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire, les questions soulevées par le recourant en lien avec le calcul de l'invalidité apparaissent, à ce stade, prématurées et ne seront pas examinées par la chambre de céans.

5. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 12 mars 2024 sera annulée.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses 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]).

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (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 12 mars 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 1'500.- 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

Sylvie CARDINAUX

Eleanor McGREGOR

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