

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1459/2017

ATAS/701/2017

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 août 2017**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au LIGNON, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Samir DJAZIRI

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1959, titulaire d'un CFC d'employé de banque, mais bénéficiant de l'aide de l'Hospice général (RMCAS) depuis 1995, a déposé le 11 mars 2015 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), alléguant souffrir de diabète depuis novembre 2007 et de dépression depuis décembre 2014.
2. La doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin traitant, a, le 11 mai 2015, posé les diagnostics d'état dépressif moyen et de capsulite rétractile de l'épaule gauche. Elle a également mentionné, à titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, un diabète non insulino-requérant depuis 2009. Elle a précisé qu'il s'agissait d'« un patient marginal, vit seul sans enfant, n'a pas travaillé depuis plus de dix ans. Retrait social, déprimé, pessimiste. Pas de suivi médical avant 2009. La prise en charge du diabète a été négociée progressivement. Actuellement, le patient suit ses traitements et la maladie est relativement bien contrôlée. Devant le problème psychiatrique, j'ai suggéré au patient de consulter, ce qu'il a finalement accepté. Patient déprimé, désabusé, en opposition à la société ». Le pronostic est réservé. La capacité de travail, dans une activité adaptée, est nulle.
3. Dans un rapport du 7 mai 2015, la doctoresse C\_\_\_\_\_, psychiatre, a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de personnalité dépendante. Elle indique que l'assuré suit un traitement psychothérapeutique de soutien. Elle précise, s'agissant de la médication actuelle, qu'un « essai de Deprivita (antidépresseur à base de plantes) s'est révélé sans effet et qu'une proposition d'un antidépresseur n'a pas été prise ». Elle relève que le patient n'a pas travaillé depuis une dizaine d'années et mentionne « thymie triste, fatigue, baisse de motivation, mauvaise estime de soi, perte de confiance en soi, retrait, sentiment de dévalorisation, d'incompétence, complexé par son apparence physique, sentiment d'être rejeté par la société, revendicateur, tendance à se laisser entraîner par autrui alors qu'il se rend compte que ça peut lui porter préjudice, difficultés à faire face aux exigences de la vie et tendance à accuser autrui de ses difficultés. Parfois tensions, irritabilité, peu tolérant à la frustration, agressivité passive ». Le médecin répond par la négative à la question de savoir si l'on peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.
4. Constatant que selon le médecin traitant, l'assuré est marginal et en retrait social, mais ne souffre que d'un épisode dépressif moyen, et que selon le psychiatre, seul un épisode dépressif moyen et un trouble de la personnalité de type dépendant sont retenus, un tableau de l'état psychique étant par ailleurs dressé sans aucun signe de sévérité, le service médical régional AI (SMR), dans un avis du 3 août 2015, a considéré qu'il ne disposait pas d'éléments permettant de comprendre une incapacité de travail totale pour toute activité et a suggéré de mettre sur pied une expertise bidisciplinaire rhumato-psychiatrique.

5. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été réalisé, les 24 février et 9 mars 2016 par les docteurs D\_\_\_\_\_, rhumatologue, et E\_\_\_\_\_, psychiatre, médecins du SMR, et le rapport rédigé le 29 mars 2016.

Les experts ont posé, à titre de diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, une insuffisance rénale chronique de stade III sur néphropathie hypertensive et diabétique, et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une capsulite rétractile de l'épaule gauche au décours, des cervicalgies intermittentes et lombalgies chroniques dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de discrets troubles dégénératifs du rachis lombaire avec probable anomalie transitionnelle lombosacrée, un syndrome métabolique avec obésité, un diabète de type II non insulino-requérant, de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension artérielle, une obésité avec BMI à 36,5, un discret status variqueux des membres inférieurs, une polyneuropathie sensitive des membres inférieurs d'origine probablement diabétique, une dysthymie, et un syndrome de dépendance à la cocaïne, utilisation épisodique.

Ils estiment que l'incapacité de travail est de 30% dans toute activité professionnelle pour des raisons néphrologiques depuis juillet 2015, date à laquelle le diagnostic d'insuffisance rénale a été posé, étant précisé que « notre évaluation est celle d'un simple médecin interniste et pas celle d'un néphrologue, et au cas où le médecin responsable du dossier au SMR désirerait avoir une évaluation plus précise de la capacité de travail d'un point de vue néphrologique, nous lui laissons le soin de requestionner le néphrologue de l'assuré, le Dr F\_\_\_\_\_ ou de demander un examen néphrologique complémentaire ». Ils ont tenu compte du fait que l'assuré se plaignait d'une fatigue liée à son insuffisance rénale chronique et ont considéré qu'une diminution du temps de travail de 30% lui permettrait ainsi de se reposer.

Ils ne retiennent en revanche aucune incapacité de travail sur le plan rhumatologique dans les anciennes activités exercées par l'assuré, à savoir employé de banque ou informaticien, ces deux types d'activité tenant bien compte des limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire. Ils signalent quoi qu'il en soit qu'une remise à niveau devra être effectuée au vu du contexte social et de l'âge de l'assuré.

Ils ont dressé la liste des limitations fonctionnelles suivantes : fatigue nécessitant une diminution du temps de travail de 30% pour permettre à l'assuré de se reposer, pas d'élévation ou d'abduction de l'épaule gauche, pas de port de charges de plus de cinq kilos avec le membre supérieur gauche, alternance des positions deux fois par heure, pas de position en porte-à-faux statique prolongée du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de marche en terrain irrégulier, pas de travail en hauteur, pas de franchissement d'escabeau ou d'échelle.

Ils ne relèvent par ailleurs aucune incapacité de travail sur le plan psychiatrique. À cet égard, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que

« les plaintes actuelles de l'assuré concernent sa situation financière d'une part et sa sensation de fatigue physique, qui augmente avec l'activité au cours de la journée.

L'examen psychiatrique de ce jour objective une dysthymie. Il s'agit d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève pour justifier un diagnostic plus spécifique. Selon la définition, les sujets présentent habituellement des périodes de quelques jours ou de quelques semaines pendant lesquelles ils se sentent bien, mais la plupart du temps, ils se sentent fatigués et déprimés.

Durant l'entretien de ce jour, l'assuré s'est montré détendu, souriant, plaisantant volontiers. Il existait néanmoins des moments où l'on pouvait objectiver un discret abaissement de l'humeur.

La Dresse C\_\_\_\_\_, psychiatre-traitant de l'assuré, avait retenu, dans son rapport médical du 7 mai 2015, le diagnostic d'épisode dépressif moyen. L'assuré, qui a mis fin à la prise en charge dont il bénéficiait depuis octobre 2014, durant l'été 2015, estime quant à lui qu'il n'a constaté aucun changement (« quasiment la même chose ») avant et après cette prise en charge. Par ailleurs, si la Dresse C\_\_\_\_\_ a proposé à l'assuré un traitement antidépresseur, celui-ci a été refusé par l'assuré. Dans ces conditions, nous ne pouvons retenir le diagnostic d'épisode dépressif moyen, évoqué par la Dresse C\_\_\_\_\_ dans son rapport psychiatrique du 7 mai 2015. Le diagnostic de dysthymie est quant à lui, par définition, non incapacitant.

Par ailleurs, nous n'avons pas retrouvé de trouble de la personnalité lors du présent examen. Nous ne retenons donc pas le diagnostic de personnalité dépendante évoquée par la Dresse C\_\_\_\_\_, dans son rapport psychiatrique du 7 mai 2015. ».

6. Sur demande de l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il n'était pas retourné consulter le docteur F\_\_\_\_\_, ne s'étant pas acquitté de ses honoraires d'environ CHF 300.-.
7. Dans un rapport du 16 septembre 2016, la Dresse B\_\_\_\_\_ a informé l'OAI que l'état de santé était resté stationnaire.
8. Dans une note du 14 décembre 2016, le médecin du SMR a rappelé que suite à l'examen bidisciplinaire du SMR, l'instruction du dossier avait été complétée afin de déterminer si l'insuffisance rénale s'était péjorée depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015. Il est apparu que le Dr F\_\_\_\_\_ n'avait pas revu l'assuré depuis juillet 2015 et qu'il n'y avait pas de changement concernant l'état de santé de l'assuré selon la Dresse B\_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 septembre 2016. Le médecin du SMR a ainsi considéré qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions de l'examen SMR du 29 mars 2016.
9. Le dossier a été soumis en réadaptation. Il résulte du rapport établi à cet égard le 16 janvier 2017 que « des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à réduire le dommage. C'est dans l'activité habituelle que notre assuré a le plus de chance de mettre en valeur sa capacité de gain ».

10. L'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision le 17 janvier 2017, aux termes duquel sa demande est rejetée, au motif que

« depuis juillet 2015 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement réduite. Des renseignements recueillis au dossier, il ressort qu'en bonne santé, vous exerceriez une activité lucrative à plein temps. Dès lors, le statut d'assuré retenu dans votre cas est celui d'une personne active. Après examen de votre dossier par notre service médical régional, ce dernier atteste une capacité de travail à 70% dans toute activité. Après examen de votre dossier par notre service de réadaptation professionnelle, ce dernier estime que la mise en place de mesures ne serait pas de nature à réduire le dommage et que c'est dans l'activité habituelle (employé de banque / informaticien sans port de charges) que la capacité de travail reconnue sera la mieux adaptée ».

11. L'assuré, représenté par Me Samir DJAZIRI, a contesté ce projet de décision le 17 février 2017. Il conclut, préalablement, à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique soit ordonnée par l'OAI, et, principalement, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit allouée à compter du mois de mars 2015.

12. Par décision du 20 mars 2017, l'OAI a confirmé le rejet de la demande. Il rappelle en effet que sur le plan psychiatrique, l'instruction médicale a conclu à une atteinte non incapacitante, et relève que l'assuré ne produit aucun document médical à l'appui de ses objections. Il considère que le rapport faisant suite à l'examen clinique au SMR du 29 mars 2016 doit se voir reconnaître pleine valeur probante, d'une part, et qu'il ressort de l'instruction complémentaire menée par le SMR en décembre 2016 que l'état de santé est stationnaire et que le médecin traitant néphrologue n'est plus consulté.

13. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 24 avril 2017. Il rappelle que selon la Dresse C\_\_\_\_\_, il présente un épisode dépressif moyen et une personnalité dépendante, et qu'on ne peut s'attendre ni à la reprise d'une activité professionnelle, ni à une amélioration de la capacité de travail. Du fait que l'expert psychiatre ne l'a rencontré qu'une seule fois, moins d'une heure, les diagnostics retenus par la Dresse C\_\_\_\_\_ lui semblent plus crédibles. Quoiqu'il en soit, une expertise psychiatrique permettrait d'établir avec certitude les troubles dont il souffre, ainsi que son éventuelle capacité de travail.

Il rappelle que la Dresse B\_\_\_\_\_, de même que la Dresse C\_\_\_\_\_, ont estimé qu'il était entièrement incapable de travailler quelle que soit l'activité envisagée. Aussi conclut-il à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

À titre subsidiaire, il fait valoir que s'il devait s'avérer qu'il présente encore une capacité de travail, celle-ci ne pourrait pas dépasser 30%, au vu de son état de fatigue due à l'insuffisance rénale chronique dont il souffre, de sorte que dans ce cas également, il pourrait prétendre à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

14. Dans sa réponse du 23 mai 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle qu'il s'est fondé sur l'examen SMR du 29 mars 2016, lequel n'a retenu sur le plan

---

psychiatrique qu'une dysthymie non incapacitante, mais a pris en compte l'atteinte néphrologique, en appliquant une réduction de la capacité de travail de 30% dans toute activité professionnelle.

15. Dans sa réplique du 22 juin 2017, l'assuré a informé la chambre de céans qu'il n'avait pas de remarque complémentaire à formuler et qu'il persistait dans ses conclusions.
16. Ce courrier a été transmis à l'OAI pour information, et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).
7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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

8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

Aussi la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est-elle une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est



généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

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

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

11. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA).
12. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'examen du SMR du 29 mars 2016 et sur le rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 16 septembre 2016, selon lequel l'état de santé était resté stationnaire, pour retenir une capacité de travail dans toute activité de 70% et en conclure un degré d'invalidité insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente. Il a par ailleurs écarté d'éventuelles mesures de réadaptation, au motif qu'elles ne seraient pas de nature à réduire le dommage puisque l'assuré pouvait travailler dans son activité habituelle.

13. On peut admettre en l'occurrence que le rapport du 29 mars 2016 est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels. Les médecins ont en effet pris connaissance du dossier médical, qu'ils ont complété par une anamnèse détaillée. Ils ont posé des diagnostics clairs à l'issue d'examens cliniques complets et leurs conclusions sont motivées.
14. S'agissant de l'aspect néphrologique, ils ont toutefois pris soin de rappeler qu'ils n'étaient pas spécialistes en la matière et ont ainsi laissé la question ouverte de savoir s'il convenait, pour avoir une évaluation plus précise de la capacité de travail, de questionner à nouveau le Dr F\_\_\_\_\_ ou de demander un examen néphrologique complémentaire.

Aussi, pour déterminer si l'insuffisance rénale s'était péjorée depuis juillet 2015, le SMR a-t-il entendu compléter l'instruction. Interrogé, l'assuré a toutefois indiqué qu'il n'était pas retourné consulter le Dr F\_\_\_\_\_.

On ne saurait en conclure d'emblée, comme le fait l'OAI, que l'état de santé de l'assuré sur le plan néphrologique n'a subi aucun changement, ce d'autant moins que si celui-ci n'a pas revu le Dr F\_\_\_\_\_ depuis juillet 2015, c'est uniquement parce qu'il ne s'est pas acquitté de ses honoraires, et non parce qu'il n'en aurait pas ressenti la nécessité. Il est vrai toutefois que la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire. Au demeurant, l'assuré n'allègue pas qu'il y ait eu aggravation, et ne conclut pas à ce que soient ordonnés une expertise ou un examen néphrologique complémentaire. Il se borne à contester le taux de 30% que les experts ont retenu pour tenir compte de la fatigue due à son insuffisance rénale, considérant quant à lui que son incapacité de travail est en réalité de 70% pour ce même motif.

Force dès lors est de constater qu'il s'agit-là d'une différence d'appréciation quant à la capacité de travail, entre les experts, d'une part, et l'assuré et ses médecins-traitants, d'autre part. L'assuré ne se fonde sur aucune pièce médicale pour le démontrer. Il ne tente pas non plus d'établir que les conclusions des experts seraient erronées. On ne saurait dans ces conditions remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail faite par les experts du seul fait que les médecins traitants considèrent que celle-ci est nulle, ce d'autant moins que ceux-ci insistent plus particulièrement sur le fait qu'il s'agit d'un patient marginal, ce qui ne peut pas être pris en considération au regard de la LAI. Seules doivent être retenues les conséquences de l'atteinte à la santé (art. 7 al. 2 LPGA). Il n'y a pas de lien de causalité et l'on n'est pas en présence d'une incapacité, lorsque l'incapacité de gain a été provoquée par des raisons inhérentes à la personnalité de l'assuré (Circulaire sur l'impotence et l'invalidité, n° 1026).

15. L'assuré fait valoir qu'il présente un épisode dépressif moyen et une personnalité dépendante et conclut à une expertise psychiatrique. En l'occurrence, l'expert a retenu une dysthymie sans influence sur la capacité de travail, alors que les

Dresses B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un état dépressif moyen et considèrent que la capacité de travail est nulle.

Il est utile ici également de rappeler que des divergences d'opinion ne suffisent pas pour s'écarter d'un rapport ayant valeur probante, et qu'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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

Du fait que l'expert psychiatre ne l'a rencontré qu'une seule fois, moins d'une heure, l'assuré considère qu'il est nécessairement moins crédible que la Dresse C\_\_\_\_\_.

On rappellera toutefois que la durée de l'examen clinique et le nombre de séances ne figurent pas au nombre des critères retenus par la jurisprudence pour apprécier la valeur du travail de l'expert, dont le rôle consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF non publié I 1084/06 du 26 novembre 2007 consid. 4).

Il y a dès lors lieu de retenir une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par les experts, ce depuis juillet 2015.

16. Reste à déterminer le calcul du degré d'invalidité, étant précisé que l'OAI a à juste titre retenu un statut de personne active, ce que l'assuré ne conteste du reste pas (cf. à cet égard ATAS/1264/2012).
17. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode

générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édités par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances

---

I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2 ; ATAS/14/2017).

En revanche, lorsque la capacité de travail d'un assuré est intacte dans son ancienne activité, le taux d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, ce qui ne laisse plus de place à la prise en compte d'un éventuel abattement, lequel ne peut s'opérer que si le revenu d'invalidité est déterminé au moyen des données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires – ESS (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4).

18. En l'espèce, le degré d'invalidité se confond avec le taux de l'incapacité de travail, étant rappelé qu'il n'est pas possible d'envisager un abattement supplémentaire, le revenu d'invalidité n'ayant pas été fixé au moyen des données statistiques de l'ESS. Il y a ainsi lieu de confirmer le degré d'invalidité de 30%, lequel ne suffit pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

19. Reste à examiner la question des mesures de réadaptation professionnelle.

L'OAI a considéré que la mise en place de telles mesures ne serait pas de nature à réduire le dommage, puisque c'est dans son activité habituelle (employé de banque / informaticien sans port de charges) que la capacité de travail reconnue sera la mieux adaptée.

20. Selon l'art.17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1<sup>er</sup>). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à

la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

L'art. 18 al. 1 première phrase LAI, dans sa teneur selon la novelle du 21 mars 2003 ([4<sup>ème</sup> révision de l'AI], en vigueur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007), disposait que les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5<sup>ème</sup> révision de l'AI], en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008), l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit : a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi.

Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4<sup>e</sup> révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C\_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références).

Selon la jurisprudence développée à propos de l'art. 18 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'admission du droit au service de placement est subordonnée aux conditions générales du droit aux prestations de l'assurance-invalidité; elle dépend notamment de l'existence d'une invalidité spécifique par rapport aux prestations entrant en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 523/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que cette condition était remplie, pourvu que l'assuré rencontre, dans la recherche d'un emploi, des difficultés même légères en raison de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a; VSI 2000 p. 72 consid. 1a). Dès lors, il existe une invalidité déterminante pour le service de placement si, pour des raisons de santé, l'assuré

rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié (ATF 116 V 80 consid. 6a). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (VSI 2003 p. 274 ss consid. 2c). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274) principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> et de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_416/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 5.2).

21. En l'espèce, l'assuré présente certes un taux d'invalidité, d'au moins 20%, ce qui permet en principe la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle. On peut toutefois se poser la question de savoir si de telles mesures ne seraient pas d'emblée vouées à l'échec.

Il y a en effet lieu de rappeler que s'il ne travaille pas depuis 1995, ce n'est pas en raison de son état de santé, puisque l'insuffisance rénale a été diagnostiquée en 2015, mais plutôt en raison du fait qu'il est, selon la description faite par la Dresse B\_\_\_\_\_, marginal et en retrait social.

Cela étant, il va de soi que les activités exercées par l'assuré auparavant, soit celles d'employé de banque ou d'informaticien, ont sensiblement évolué, de sorte qu'une formation complémentaire est à l'évidence nécessaire. On ne saurait envisager qu'il puisse sans autre reprendre l'une ou l'autre de ces activités sans pouvoir bénéficier d'une remise à niveau. Les experts du reste signalent qu'une remise à niveau devra être effectuée au vu du contexte social et de l'âge de l'assuré.

22. Le recours est en conséquence très partiellement admis, en ce sens que l'assuré a droit à la mise en place de mesures visant à une remise à niveau de ses connaissances.

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet très partiellement, en ce sens que l'assuré a droit à la mise en place de mesures visant à une remise à niveau de ses connaissances.
3. Annule la décision du 20 mars 2017.
4. Condamne l'OAI à verser au recourant la somme de CHF 1'000.-, à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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