

GE_GERICHTE ATAS/1052/2016 vom 16. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1052_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/1052/2016 du 16 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/1052/2016 del 16 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

a. 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Déposé le 22 mai 2015 contre une décision reçue le 22 avril 2015, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

A/1733/2015 - 9/20 - Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir contre cette décision (art.59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance- invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). En matière d'AI, la législation prévoit notamment que les offices AI ont, au nombre de leurs attributions, celle de se prononcer sur le droit des assurés aux prestations de l'AI (art. 57 LAI), dont celle d'évaluer l'invalidité (art. 57 let. f LAI), et qu'il leur faut s'organiser de manière à remplir leurs tâches avec compétence et efficacité, dans le respect du droit (art. 59 al. 1 LAI), notamment en mettant en place des services médicaux régionaux interdisciplinaires (art. 59 al. 2 LAI), à leur

disposition pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations (art. 59 al. 2bis LAI). À propos de l'instruction des demandes, l'art. 69 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise notamment que les offices AI réunissent les pièces nécessaires, en particulier sur l'état de santé des requérants, leur activité, leur capacité de travail et leur aptitude à être réadaptés ; ils peuvent exiger des rapports ou des renseignements, des expertises ou des enquêtes sur place, convoquer les assurés à des entretiens. De leur côté, les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). 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

A/1733/2015 - 10/20 - 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 ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 ; 122 V 157 consid. 1d). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 4c). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 3

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la LAI, il s'agit en l'espèce du droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Au demeurant, à l'instar des révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision], entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008 –, ladite révision 6a n'a pas amené de modifications substantielles en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral

des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). S'agissant des dispositions de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent en règle

A/1733/2015 - 11/20 - générale une version formalisée sur le plan de 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).

E. 4

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, *L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité*, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, *Droit suisse de la sécurité sociale*, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI).

A/1733/2015 - 12/20 - La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte

à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). c. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé. c/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

A/1733/2015 - 13/20 - 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, et ils ne sont pas dépourvus de 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 (arrêts du Tribunal fédéral

9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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). c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on

A/1733/2015 - 14/20 - 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). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 5

En l'espèce, la question litigieuse est de savoir si le recourant présentait une invalidité lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation. Elle doit être examinée par rapport au moment où l'intimé a rendu la décision attaquée (soit au 20 avril

2015). En effet, l'objet possible du recours est défini par l'objet de la décision attaquée. Cela vaut aussi *ratione temporis*. Aussi le juge des assurances sociales apprécie-t-il la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

E. 6

a. En l'espèce, saisi d'une demande de prestations de l'AI du 7 février 2013, l'intimé ne s'est pas contenté d'examiner si l'atteinte à la santé invoquée dans la demande était ou non réalisée, mais il a recueilli les éléments médicaux utiles à propos d'autres problèmes de santé dont il est apparu, au fil de la constitution du dossier, que le recourant pouvait être atteint. La demande ne faisait mention que de douleurs dorsales, mises en relation avec une jambe plus courte que l'autre. À partir de l'indication des médecins du recourant, l'intimé a obtenu des données médicales sur le recourant relevant, en plus de la médecine générale, de la rhumatologie, de la cardiologie et de la psychiatrie, en

A/1733/2015 - 15/20 - sollicitant des rapports de la part desdits médecins, puis en évaluant leurs rapports, non sans demander au besoin des compléments. b. La problématique principale, estimée seule pertinente comme facteur incapacitant, était constituée d'une atteinte rhumatologique, soit une spondylarthrite ankylosante avec une sacro-iliite. b/aa. Le dossier médical sur lequel l'intimé s'est basé à ce propos comportait une IRM du 11 février 2013, ne faisant pas état d'anomalies, sous réserve d'une arthrose inter-facettaire postérieure débutante sous forme de liquide au niveau des facettes articulaires en L4-L5, L3-L4 et L2-L3, associé à une discrète hypertrophie des ligaments jaunes sans retentissement canalaire. Les Drs E_____ et D_____ n'ont pas fait mention d'autres pathologies dans leur rapport respectif des 16 février et 2 mars 2013, mais la Dre D_____ (qui n'avait vu le recourant apparemment que deux fois, les 18 décembre 2012 et 11 janvier 2013) estimait que l'avis d'un spécialiste était indiqué. Cet avis est venu du rhumatologue C_____, qui l'a exprimé dans ses rapports des 19 mars 2013, 7 mars 2014 et 26 août 2014. Or, le Dr C_____ a décrit des limitations fonctionnelles qui apparaissaient – ainsi que le SMR l'a retenu – non seulement compatibles avec le diagnostic précité posé par ledit médecin, mais aussi justifier une totale incapacité de travail dans l'activité professionnelle exercée par le recourant (celle d'agent d'entretien), sans pour autant constituer un obstacle à l'exercice de toute activité lucrative. Lesdites limitations fonctionnelles étaient de ne pas devoir travailler en position uniquement assise ou uniquement debout, ni exercer d'activités principalement en marchant, en se penchant, avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, en effectuant des mouvements de rotation assis ou debout, en soulevant ou portant des poids de plus de 5 kg, en montant sur une échelle ou un échafaudage. L'indication d'une totale incapacité de travail dans toute activité figurant dans le certificat médical intermédiaire du Dr C_____ du 7 mars 2014 était sommaire et non motivée ; ledit médecin l'a précisée le 26 août 2014, en indiquant que les limitations fonctionnelles du recourant limitaient modérément ce dernier dans ses activités physiques, mais suffisamment pour l'empêcher de pouvoir exercer une profession impliquant, comme celle d'agent d'entretien

dans un établissement médico-social pour personne âgées, des efforts physiques relativement importants et répétés. De son côté, le Dr E_____ avait retenu, le 2 avril 2013, que le recourant avait eu, du fait d'une lombosciatalgie aiguë à gauche lui provoquant des douleurs lombaires irradiant dans la jambe gauche, une incapacité de travail passagèrement totale (du 18 janvier au 15 février 2013) mais ensuite une capacité de travail probablement exigible à mi-temps, en évitant le port de charges lourdes, avec un rendement réduit. b/bb. L'intimé n'avait pas de raison de recueillir d'autres avis médicaux sur le problème rhumatologique du recourant.

A/1733/2015 - 16/20 - Informé de la décision que l'intimé allait rendre, le recourant, depuis lors assisté d'un avocat, s'est non seulement borné à émettre une contestation toute générale de l'avis médical sous-tendant ce projet de décision, mais encore il n'a pas produit avant longtemps de rapports médicaux devant amener à retenir que sa spondylarthrite ankylosante avec une sacro-iliite l'entravait, totalement ou partiellement, dans l'exercice de toute activité professionnelle, au 20 avril 2015. Il n'a pas fourni de documents médicaux dûment étayés à ce propos, pourtant annoncés le 16 mars 2015, ni durant le délai de préavis réglementaire de trente jours, au 16 avril 2015 (art. 73ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201), ni à l'appui de son recours, du 22 mai 2015, ni dans un complément de recours qu'après plusieurs prolongations de délai il a déposé, le 2 octobre 2015, sous la forme d'un courrier résumant et transmettant un rapport d'un nouveau psychiatre. Invité à présenter des observations et des pièces utiles à la suite du mémoire de réponse de l'intimé, le recourant a fini par présenter, après plusieurs demandes de délai, un courrier du 5 septembre 2016 de sa nouvelle rhumatologue, la Dre L_____, demandant à l'intimé la réouverture de son dossier compte tenu d'une aggravation de sa spondylarthrite ankylosante HLAB27 positif, ainsi qu'un rapport du 22 juin 2016 d'une scintigraphie osseuse effectuée le 20 juin 2016 par le Dr M_____ et un rapport d'une IRM de la main droite et du pied droit du 23 juin 2016. Or, il ne résulte pas de ces documents médicaux que l'appréciation faite de l'atteinte rhumatologique à la santé du recourant lorsque l'intimé a rendu la décision attaquée était erronée, en termes tant de diagnostic que de limitations fonctionnelles et d'évaluation de capacité de travail. Comme l'intimé le reconnaît, fort de l'avis de son SMR, la maladie du recourant a progressé. La scintigraphie osseuse du 22 juin 2016 montre une péjoration sur la sacro-iliaque gauche, de même que des signes d'activité au niveau des pieds et des mains et un foyer d'ancienne ostéonécrose de la tête fémorale droite. L'IRM de la main droite et du pied droit du 23 juin 2016 confirme la présence d'une atteinte inflammatoire, avec des signes d'atteintes érosives et de synovite. L'aggravation en question apparaît être survenue postérieurement à la prise de la décision attaquée. Elle n'est donc pas pertinente dans la présente cause. Il n'est pas exclu – mais cela resterait à vérifier – qu'elle justifie une entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations de l'AI qui serait présentée à l'intimé. c. Le rhumatologue C_____ avait réservé l'état psychologique du recourant, et fait mention du fait que celui-ci était suivi par un psychiatre. c/aa. Cette dernière, la Dre H_____, a indiqué, dans son rapport médical reçu par l'intimé le 21 août 2014, que le recourant souffrait, sans effet sur sa capacité de travail, d'un état dépressif léger (F32.0) depuis 2013, présenté comme réactionnel à sa spondylarthrite ankylosante diagnostiquée en 2012.

A/1733/2015 - 17/20 - Dans son opposition toute générale au projet de décision de l'intimé, le recourant n'a pas fait mention d'une pathologie psychiatrique. Les symptômes que la Dre

H_____ avait décrits dans son rapport précité (humeur dépressive, troubles du sommeil, perte de l'intérêt et du plaisir, irritabilité, tristesse, attitude pessimiste face à l'avenir) étaient compatibles avec le diagnostic psychiatrique précité d'état dépressif léger réactionnel et avec l'appréciation de ladite psychiatre que le recourant ne subissait pas de restrictions psychiques. L'intimé n'avait pas de motif de prendre un autre avis médical sur le problème psychiatrique du recourant. c/bb. À teneur d'un rapport du 14 août 2015 du Dr J_____, rapport qu'il n'a produit que le 2 octobre 2015, le recourant souffrait d'un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques, engendrant une incapacité de travail de 100 % pour une durée indéterminée. Il résulte cependant de ce rapport que ledit psychiatre était le nouveau psychiatre du recourant depuis juin 2015, moment auquel il avait constaté chez le recourant d'importants troubles cognitifs, une thymie triste, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une forte fatigabilité, un manque d'estime de soi, une perte d'appétit et de considérables troubles du sommeil ; une altération du cours de la pensée était décrite, de même que des hallucinations auditives et une idéation suicidaire. Non seulement ce rapport est postérieur à la décision attaquée, mais encore il ne comporte pas d'éléments permettant de penser que l'appréciation qu'il contient sur l'état psychiatrique du recourant valait déjà lorsque la décision attaquée a été rendue, et il apparaît d'autant moins justifié de l'admettre que la problématique psychiatrique du recourant a une dimension réactionnelle avérée, qui doit avoir été accentuée à réception du refus de l'intimé de lui allouer des prestations de l'AI. c/cc. La détermination que, selon le recourant, le Dr J_____ allait établir à la suite de la réponse au recours présentée par l'intimé n'a jamais été produite, si tant est qu'elle a été établie. Le recourant a en revanche versé au dossier, le 31 octobre 2016, un rapport médical d'un nouveau psychiatre, la Dre O_____, du 22 octobre 2016. Ce rapport souligne le côté réactionnel du trouble psychiatrique du recourant ; il fait état – de façon contraire aux éléments du dossier – d'un suivi psychiatrique depuis 2013 pour un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques, ayant moyennement répondu aux divers traitements, et il évoque un trouble anxieux mixte sévère actuellement au premier plan. Ladite psychiatre doit avoir confondu les diagnostics posés respectivement par la Dre H_____ (état dépressif léger réactionnel) et le Dr J_____ (épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques), à des moments différents. Compte tenu du fait que le rapport de la Dre O_____ a été établi quelque dix-huit mois après que la décision attaquée a été rendue et qu'il ne contient pas d'éléments fiables permettant d'admettre qu'il refléterait une réalité contemporaine à la prise de cette dernière, il n'y a pas lieu d'examiner si les symptômes relatés par ladite

A/1733/2015 - 18/20 - psychiatre suffisent à justifier son diagnostic et l'évaluation – au demeurant ambiguë sur le point de savoir s'il s'agit d'une perception du recourant ou d'une appréciation de la psychiatre – que « c'est peu réaliste, voire impossible de trouver un travail adapté à sa situation ». Une aggravation de l'état de santé psychiatrique du recourant apparaît certes s'appuyer sur l'avis de deux psychiatres, les Drs J_____ et O_____, de même que sur le bilan neuropsychologique du Dr N_____ du 20 octobre 2016 (mettant en évidence des troubles cognitifs affectant la capacité de travail du recourant). Le SMR ne l'exclut pas, tout en relevant que le faible niveau scolaire du recourant devait contribuer partiellement au tableau. La péjoration relevée n'est cependant pas pertinente en tant qu'elle est postérieure à la prise de la décision attaquée. d. L'intimé s'est aussi enquis de l'état de santé du recourant sur le plan cardiologique, dès lors qu'il a eu un indice d'un possible problème sur ce terrain. Il ne ressort cependant pas du dossier – et le recourant lui-même ne prétend pas – que, du moins depuis l'ablation de sa voie accessoire en mars 2013, sa

capacité de travail serait réduite en considération de problèmes cardiaques. e. En conclusion, il n'y a pas d'éléments médicaux qui – à la date de la décision attaquée (le 20 avril 2015) – fassent apparaître lacunaire l'instruction du dossier menée par l'intimé ou qui fragilisent l'appréciation de celui-ci que si elle est nulle dans l'activité habituelle du recourant (dans des professions telles qu'agent d'entretien), sa capacité de travail était entière, depuis novembre 2013, dans une activité adaptée, tenant compte de ses limitations fonctionnelles.

E. 7

Il n'y a par ailleurs pas de critique à émettre quant aux faits que le recourant s'est vu reconnaître le statut d'une personne active (même s'il travaillait antérieurement pour l'équivalent d'un 80 %), que son revenu annuel brut sans invalidité aurait été, en 2013 (année ici pertinente) de CHF 61'830.-, et que son revenu annuel brut avec invalidité a été déterminé sur la base du tableau TA1 de l'ESS 2010, de niveau 4, pour un homme, total, pour l'année 2013, avec un abattement de 15 %, donnant CHF 53'271.-. Il s'ensuit que le recourant présentait bien un degré d'invalidité pertinent au 20 avril 2015 de 14 %. Un tel degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente d'invalidité en tant qu'il est inférieur à 40 % (art. 28 al. 2 LAI), ni, selon la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 2 et les références), à des mesures de reclassement. Le recourant n'avance par ailleurs pas d'élément démontrant qu'il remplirait les conditions d'octroi de mesures de réadaptation spécifiques.

E. 8

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

E. 9

La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1

A/1733/2015 - 19/20 - LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au minimum de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). Il n'y a pas d'indemnité de procédure à allouer, ni au recourant, qui succombe (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimé, en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, op. cit., n. 199 s. ad art. 61). * * * * *

A/1733/2015 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.