

GE_GERICHTE ATAS/1105/2012 vom 10. September 2012

GE Cour de justice, 2012-09-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1105_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1105/2012 du 10 septembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1105/2012 del 10 settembre 2012

Erwägungen

E. 46

Par écriture du 19 avril 2012, l'intimé persiste dans ses conclusions. Il fait valoir que même si les deux expertises judiciaires ont pleine valeur probante, il y a lieu de retenir que le syndrome fibromyalgique présenté par le recourant ne peut être qualifié d'invalidant. Sur le plan somatique, il n'y avait pas d'éléments susceptibles d'entraver la capacité de gain du recourant. Sur le plan psychique, il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique car les états dépressifs constituent généralement des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé. Le recourant ne réunissait pas non plus en sa personne plusieurs des autres critères consacrés par la jurisprudence. L'intimé se réfère par ailleurs à l'avis du 22 mars 2012 du Dr AB_____, médecin auprès du SMR. Ce médecin relève que le Dr W_____ retient, au niveau purement rhumatologique, comme en 2005, une capacité nulle dans l'activité de contremaître, mais de 100% dans une activité adaptée. Il note par ailleurs que le Dr AA_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, une agoraphobie avec trouble panique et une fibromyalgie et que cet expert a retenu une capacité de travail entière avec une baisse de rendement de 40% justifiée par le trouble dépressif et la fibromyalgie. Selon le Dr AB_____, il n'est pas possible de suivre les experts car le Dr AA_____ justifie la diminution de la capacité de travail par le trouble dépressif chronique et la fibromyalgie. Le Dr AB_____ a rappelé notamment que le trouble dépressif fait partie du trouble somatoforme douloureux, que la perte d'intégration sociale n'était pas totale et que l'état psychique du recourant n'était pas cristallisé.

E. 47

Par pli du 30 mars 2012, le recourant fait valoir qu'il y a lieu de retenir les conclusions du Dr L_____ concluant à une incapacité de travail totale. Le Dr AA_____ n'expliquait pas pour quelle raison il avait retenu une baisse de rendement de 40%, et non pas de 35% ou de 50%. Par ailleurs, le recourant fait remarquer qu'il n'est nullement contesté par l'intimé qu'il avait été en incapacité de travail totale pendant de longues périodes entre février 2007 et décembre 2009, ce

A/327/2011 - 16/30 - que n'avait pas retenu le Dr AA_____. Le recourant conclut à l'audition du Dr L_____ et de la Dresse AC_____, médecin psychiatre traitant.

E. 48

Par courrier du 7 mai 2012 adressé aux experts, la Cour de céans a relevé qu'il existait une divergence dans leurs réponses données en consilium aux questions 1 et 2, qu'il convenait d'éclaircir. Par ailleurs, elle a fait remarquer que des périodes d'incapacité de travail totale dans toutes activités avaient été retenues par l'intimé, soit de février 2007 à juin 2008, du 1er janvier au 21 avril 2009 et du 30 novembre au 13 décembre 2009, au sujet desquelles le

Dr AA_____ ne s'était pas prononcé.

E. 49

Par plis des 22 et 23 mai 2012, les experts ont indiqué que la date correcte à retenir aux questions 1 et 2 était « janvier 2005 » et non pas « janvier 2003 ». Par ailleurs, le Dr AA_____ a expliqué que pendant les périodes précitées, le recourant avait subi des aggravations réactionnelles justifiant temporairement une incapacité de travail totale, sans évidence d'une aggravation durable de l'état clinique.

E. 50

Le 31 mai 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions. 51. Après avoir adressé ce courrier au recourant, la Cour de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT 1. La Cour de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 24 novembre 2011, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici (ATAS/1096/2011). 2. L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit du recourant à une rente entière du 1er février au 30 septembre 2008 et du 1er janvier au 31 juillet 2009, étant précisé que le droit à une rente avait été initialement nié par décision du 13 novembre 2006, entrée en force. 3. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI; RS 831.201; ATF 109 V 262 consid. 3). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus amples examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b ; 117 V 200 consid. 4b et les références).

A/327/2011 - 17/30 - Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LGPA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (ATF non publié 9C_412/2010 du 22 février 2011). b) Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la

rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a en revanche pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

A/327/2011 - 18/30 - 4. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 1er LPGA). 5. 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). 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. A 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). Le Tribunal fédéral a considéré qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe

pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le

A/327/2011 - 19/30 - pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). S'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine et les références citées). Enfin, quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3). 6. 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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

A/327/2011 - 20/30 - 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. A 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, 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 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 352 consid. 3b/aa et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Par ailleurs, le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions

A/327/2011 - 21/30 - 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 126 V 360 consid. 5 let. b ; 125 V 195 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 322 consid. 5a). Enfin, 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 ; 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 (Cst - RS 101; 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). 7. En

l'occurrence, l'intimé a, par une première décision du 13 novembre 2006 entrée en force, refusé au recourant l'octroi d'une rente au motif que les atteintes somatiques dont il souffrait - troubles arthrosiques et statiques modérés du rachis cervical et lombaire - lui permettaient d'exercer son activité habituelle à 70% et une activité adaptée à 100%. A la suite de la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 21 juin 2007, l'intimé a procédé à une instruction médicale. En se fondant sur les avis du SMR des 10 juin 2009 et 30 août 2010, l'intimé a retenu qu'en raison d'un épisode dépressif moyen à grave non présent lors de la première demande de prestations, le recourant avait subi des incapacités de travail totales de février 2007 à juin 2008 et du 1er janvier au 21 avril 2009. Cette aggravation de l'état de santé était suffisamment incapacitante pour lui ouvrir droit à une rente entière limitée du 1er février au 30 septembre 2008 et du 1er janvier au 31 juillet 2009. Demeure litigieuse la capacité de travail du recourant hors de ces deux périodes d'incapacité de travail totale. L'intimé, en se fondant sur l'avis du Dr O_____ du 30 août 2010, a estimé à cet égard que la capacité de travail du recourant est de 70% dans l'activité de contremaître et de 100% dans une activité adaptée, ce que conteste le recourant.

A/327/2011 - 22/30 - Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a été soumis à une expertise rhumatologique et psychiatrique effectuée par les Drs W_____ et AA_____. Sur le plan somatique, le Dr W_____ a diagnostiqué, dans son rapport du 9 mars 2011, des troubles dégénératifs modérés de la colonne cervicale et lombaire (discrète protrusion discale en L3-L4, C4-C5 et C6-C7 sans conflit disco- radiculaire), un syndrome fibromyalgique et un déconditionnement physique. Le recourant présentait un tableau clinique typique de fibromyalgie avec la présence de douleurs chroniques touchant le rachis et les quatre extrémités. On trouvait les symptômes habituels décrits dans ce syndrome, à savoir un état de fatigue, des troubles du sommeil avec un sommeil non réparateur, des céphalées et des troubles cognitifs. Il existait des troubles arthrosiques modérés du rachis cervical et lombaire, toutefois sans caractère de gravité et sans évolution dans le temps. Les limitations fonctionnelles étaient : éviter des activités lourdes avec port de charges importantes ainsi que des positions contraignantes pour le dos et les articulations (port de charges avec mouvements répétés du tronc ou des membres inférieurs). S'agissant de la capacité de travail du recourant, les troubles dégénératifs modérés de la colonne cervicale et lombaire entraînaient une baisse de 30% de la capacité de travail dans l'activité de contremaître jusqu'en septembre 2007, et une incapacité de travail totale dans cette activité dès octobre 2007, compte tenu de la longue période d'inactivité professionnelle depuis près de 10 ans entraînant un déconditionnement physique et psychique. Le recourant disposait néanmoins d'une capacité totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telle qu'une activité de manutention légère, plutôt en position assise, avec la possibilité d'alterner les positions. Sur le plan psychique, dans son rapport du 9 mars 2011, le Dr AA_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) chronique et une agoraphobie avec trouble panique (F40.01). Le trouble dépressif était de gravité moyenne et le trouble anxieux de gravité légère à moyenne. Il n'y avait pas de syndrome douloureux somatoforme, ni d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité. Le syndrome dépressif était notamment représenté par la baisse de l'humeur, une baisse de l'énergie, une baisse du plaisir, une diminution du sommeil, de la mémoire et de l'appétit, le pessimisme, la rumination d'idées noires et suicidaires. Le trouble dépressif et le trouble anxieux entraînaient une baisse de rendement durable de l'ordre de 40%, en raison d'une diminution de l'énergie disponible, d'une diminution de la motivation et d'une diminution de l'attention. En consilium, les experts ont

indiqué que d'un point de vue psychique, l'activité habituelle était exigible, mais avec un rendement diminué de 40% dès janvier 2005. Sur le plan physique, après 10 ans d'inactivité professionnelle associée à un syndrome douloureux chronique, il paraissait peu probable que le recourant soit en mesure de reprendre une activité de force, comme celle de maçon. La capacité de

A/327/2011 - 23/30 - travail de 70% était valable jusqu'en septembre 2007. Depuis octobre 2007, l'expertisé n'était plus apte à reprendre cette activité. Dans une activité adaptée à l'état physique, le recourant pouvait effectuer, du point de vue psychique, une activité à temps plein mais avec un rendement diminué de 40% depuis janvier 2005. Du point de vue somatique, il avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis probablement 2003. Les experts ont estimé que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas indiquées, sur le plan psychique, et elles n'étaient pas conseillées, sur le plan rhumatologique. Enfin, la situation paraissait bien figée et chronicisée depuis de nombreuses années, au point que l'expertisé devrait faire d'importants efforts s'il comptait réintégrer la vie active. La Cour de céans constate que tant le rapport du Dr W _____ que celui du Dr AA _____ se basent sur des examens du recourant et sur son dossier médical. Les anamnèses sont complètes et les plaintes ont été prises en considération. Les descriptions et les appréciations de la situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé du recourant, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Enfin, ils ont dûment expliqué et motivé leur point de vue eu égard notamment aux avis des Drs C _____, L _____, B _____ et O _____. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que ces deux rapports remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que leur soit accordée une pleine valeur probante. L'intimé, qui admet la valeur probante des expertises, est toutefois d'avis que le syndrome fibromyalgique présenté par le recourant ne peut pas être qualifié d'invalidant, car le recourant ne réunit pas en sa personne les critères posés par la jurisprudence. L'intimé se réfère à cet égard au rapport du Dr AB _____ du 22 mars 2012. Or, l'appréciation du Dr AB _____ ne permet pas d'écarter les conclusions rendues par les experts judiciaires. On relèvera d'abord que tant le Dr AB _____ que l'intimé, font état de ce que sur le plan psychique, le Dr AA _____ aurait diagnostiqué une fibromyalgie. Cependant, il ressort clairement du rapport d'expertise que les seuls diagnostics posés par le Dr AA _____ sont un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique chronique et une agoraphobie avec trouble panique. Par ailleurs, le Dr AB _____ fait également état de ce que l'expert psychiatre justifierait la baisse de rendement de 40% par le trouble dépressif chronique et par la fibromyalgie. Or, le Dr AA _____ a dûment expliqué, et à plusieurs reprises, qu'il imputait la baisse de rendement de 40% uniquement au trouble dépressif et au trouble anxieux (p. 19, 3ème paragraphe ; p. 20, 2ème paragraphe ; p. 22, point 12 ; p. 23, 1er paragraphe ; p. 23, point 18).

A/327/2011 - 24/30 - Le Dr AB _____ et l'intimé font par ailleurs valoir que la baisse de rendement de 40% ne peut être retenue car les états dépressifs constituent généralement des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux et de la fibromyalgie, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé. La Cour de céans relèvera cependant que l'expert a, de manière convaincante et détaillée, expliqué pour quelles raisons le trouble dépressif présenté par le recourant constitue une entité clinique à part entière et non une conséquence « secondaire » du tableau douloureux et qu'il

rejoignait sur ce point le Dr L_____. L'expert a notamment relevé que les manifestations cliniques de ces troubles psychiques étaient suffisamment spécifiques et significatifs pour justifier des diagnostics propres, indépendamment de la fibromyalgie. C'était même, selon le Dr AA_____, l'élément clinique déterminant (p. 23 du rapport d'expertise). Ainsi, au vu des explications fournies par cet expert, il y a lieu de retenir que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et l'agoraphobie avec trouble panique ne sont pas réactionnels à la fibromyalgie présentée par le recourant. Ils constituent des affections autonomes et non des manifestations d'accompagnement de la fibromyalgie au sens de l'ATF 130 V 352. Enfin, l'intimé et le Dr AB_____ estiment que la fibromyalgie présentée par le recourant n'est pas invalidante car le recourant ne présente pas en sa personne les critères posés par la jurisprudence, de sorte que la baisse de rendement de 40% retenue par les experts ne peut être retenue. Contrairement à ce que font valoir l'intimé et le Dr AB_____, on ne se trouve pas, en l'occurrence, dans le cas de savoir si la fibromyalgie présentée par le recourant est invalidante ou si elle ne l'est pas. En effet, cette question ne se pose que lorsque cette atteinte entraîne une incapacité de travail, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence : les experts judiciaires ont conclu que les troubles psychiques (le trouble dépressif et le trouble anxieux) entraînent une baisse du rendement de 40%, que les troubles dégénératifs de la colonne cervicale et lombaire et le déconditionnement physique et psychique entraînent des limitations fonctionnelles et une incapacité de travail dans les activités lourdes ; la capacité de travail restant par ailleurs totale dans une activité légère. Il s'ensuit que les critères posés par la jurisprudence auxquels se réfèrent l'intimé et le Dr AB_____ ne trouvent pas application en l'espèce. Le recourant fait quant à lui valoir que l'appréciation du Dr L_____ concluant à une incapacité de travail totale doit être prise en compte. Il y a lieu de rappeler que s'agissant des conclusions auxquelles est parvenu le Dr L_____ dans ses rapports des 7 janvier 2009 et 22 juillet 2010, la Cour de céans a jugé, dans son ordonnance d'expertise du 24 novembre 2011, qu'elles

A/327/2011 - 25/30 - n'étaient pas pleinement convaincantes. Au demeurant, le Dr AA_____ a dûment expliqué pour quelles raisons, contrairement au Dr L_____, il ne retenait ni un trouble dépressif récurrent, ni un syndrome douloureux somatoforme persistant. La Cour de céans est d'avis que l'expertise du Dr AA_____ infirme, de manière convaincante, les conclusions du Dr L_____. Le recourant fait également valoir que le Dr AA_____ n'explique pas pour quelle raison il a retenu une baisse de rendement de 40%, et non pas de 35% ou de 50%. Cette critique tombe à faux. Le Dr AA_____ a, en effet, indiqué clairement comment le trouble dépressif et le trouble anxieux entraînaient des limitations fonctionnelles chez le recourant et déterminaient ainsi une baisse durable du rendement professionnel, qui pouvait être évaluée à 40% environ (p. 19 rapport d'expertise). On rappellera au demeurant que la tâche du médecin est de déterminer notamment les répercussions d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail, respectivement sur le taux de rendement. Par ailleurs, il n'existe aucune circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions du Dr AA_____ et du Dr W_____ quant aux degrés de capacité de travail et de rendement retenus. Il y a donc lieu de retenir que jusqu'en septembre 2007, le recourant présentait dans son activité habituelle, une capacité de travail de 70% avec une baisse de rendement de 40%. A compter du 1er octobre 2007, sa capacité de travail a été nulle dans son activité habituelle. S'agissant de sa capacité de travail dans une activité adaptée, celle-ci a toujours été entière avec une baisse de rendement de 40%. Enfin, il n'est pas contesté par

les parties, et le Dr AA_____ l'a confirmé par courrier du 23 mai 2012, que le recourant a été en incapacité de travail totale de février 2007 à juin 2008, du 1er janvier au 21 avril 2009 et du 30 novembre au 13 décembre 2009. Force est dès lors de constater que la capacité de travail du recourant s'est péjorée depuis la décision initiale du 13 novembre 2006, puisque celle-ci avait retenu que le recourant présentait en raison des atteintes somatiques une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Reste encore à examiner le degré d'invalidité que présente le recourant. 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. A teneur des dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré

A/327/2011 - 26/30 - présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 29 al. 1 LAI et art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). 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 et art. 28 al. 2 LAI). 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, 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 22, consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans

le cas concret, a adoptée dans le

A/327/2011 - 27/30 - cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). 9. En l'occurrence, il convient de déterminer le taux d'invalidité que le recourant a présenté dès novembre 2007, soit à l'échéance d'une année d'attente à compter du 13 novembre 2006, date de la décision initiale rendue par l'intimé. En effet, il convient de préciser que si les experts judiciaires ont certes retenu que la diminution de rendement de 40% est présente depuis le 1er janvier 2005; il n'en demeure pas moins que la question de la capacité de travail du recourant et de son rendement - pour la période allant de juillet 2002 au 13 novembre 2006 - a fait l'objet de la décision initiale précitée. La Cour de céans ne saurait, par conséquent, dans le cadre de la présente procédure, revoir le taux d'invalidité de 25% fixé par cette décision entrée en force. Dès novembre 2007, les degrés d'incapacité de travail ont été les suivants : - de novembre 2007 à juin 2008 : une incapacité de travail à 100% dans toute activité ; - du 1er juillet au 31 décembre 2008 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 40% ; - du 1er janvier au 21 avril 2009 : une incapacité de travail à 100% dans toute activité ; - dès le 22 avril 2009 : une capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 40%. Comme l'a retenu à juste titre l'intimé dans sa décision litigieuse, l'incapacité de travail totale dans toute activité correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité. Reste donc à déterminer le degré d'invalidité que subit le recourant lorsqu'à compter de juillet 2008, sa capacité de travail a été totale dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 40%. S'agissant du salaire sans invalidité, l'intimé a retenu un salaire annuel pour 2003 de 69'694 fr. (rapport du 27 mars 2006, pièce 56 dossier intimé). Compte tenu des renseignements fournis par l'employeur en date du 26 février 2003, ce montant n'est pas contestable et il n'est, au demeurant, pas contesté par le recourant. Adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes (ISS ; en 2003 : 1958

A/327/2011 - 28/30 - et en 2008 : 2092), le revenu sans invalidité en 2008 est de 74'463 fr. (69'694 x 2092/1958). S'agissant du revenu d'invalidité, dans la mesure où le recourant n'exerce pas d'activité lucrative, il y a lieu par conséquent de se référer aux statistiques salariales. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part du recourant dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (RAMA 2001 n° U 439 p. 347), à savoir 4'806 fr. par mois (tous secteurs confondus) - valeur en 2008 - part au 13ème salaire comprise (ESS 2008, tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 57'672 fr. par année. Compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41.6 heures; La Vie économique, 1/2 - 2010, tableau B9.2), ce montant doit être porté à 59'979 fr. (57'672 x 41.6 : 40) pour un plein temps. Compte tenu de la baisse de rendement de 40% constatée par les experts, le revenu avec invalidité en 2008 est de 35'987 fr. A ce montant, il convient, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. L'intimé avait, dans le cadre de sa décision sur opposition du 13 novembre 2006, fixé l'abattement à 10% pour

tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Ce taux n'est pas contesté par le recourant et, au vu des critères jurisprudentiels, la Cour de céans ne saurait s'écarter de cette appréciation, étant au demeurant précisé qu'une diminution de rendement ne justifie pas d'appliquer un abattement au salaire statistique (ATF non publié 9C_805/2011 du 15 mai 2012, consid. 7.4). Le revenu annuel d'invalidé évalué sur la base des statistiques salariales est ainsi de 32'388 fr. La comparaison du revenu avec et sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 56,5% ($74'463 - 32'388 / 74'463$), taux donnant droit à une demi-rente. Par conséquent, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail totale de novembre 2007 à juin 2008 et du 1er janvier au 21 avril 2009, correspond à une invalidité de 100% et donne droit à une rente entière d'invalidité. Par ailleurs, la capacité de travail entière dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 40%, du 1er juillet au 31 décembre 2008 et dès le 22 avril 2009, correspond à une invalidité de 56,5% et donne droit à une demi-rente. 10. Reste encore à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées et remplacées. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI,

A/327/2011 - 29/30 - lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En revanche, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. En l'occurrence, il y a lieu de prendre en considération que le recourant a eu une incapacité de travail totale jusqu'en juin 2008, une capacité de travail totale avec une baisse de rendement de 40% du 1er juillet au 31 décembre 2008, une incapacité de travail totale du 1er janvier au 21 avril 2009, date à partir de laquelle sa capacité de travail a à nouveau été totale avec une baisse de rendement de 40%. On précisera encore que l'incapacité de travail totale du 30 novembre au 13 décembre 2009 ne peut être prise en compte dans la mesure où elle a duré moins de trois mois. Il s'ensuit que le recourant a droit à une rente entière dès le 1er novembre 2007 (soit à l'échéance d'une année à compter du 13 novembre 2006), à une demi-rente dès le 1er octobre 2008 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain), à une rente entière dès le 1er avril 2009 (soit trois mois après l'aggravation de la capacité de gain) et à une demi-rente dès le 1er août 2009 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain). Le recours sera donc partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à une rente entière du 1er novembre 2007 au 30 septembre 2008, à une demi-rente du 1er octobre au 30 mars 2009, à une rente entière du 1er avril au 31 juillet 2009 et à une demi-rente dès le 1er août 2009. 11. Le recourant, représenté par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. * * *

A/327/2011 - 30/30 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :

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