

GE_GERICHTE ATAS/1152/2018 vom 12. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1152_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1152/2018 du 12 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1152/2018 del 12 dicembre 2018

Erwägungen

E. 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 1er 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.

E. 2

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'AI, singulièrement à une rente et/ou à des mesures professionnelles.

E. 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). 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 1er janvier 2008).

E. 5

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 et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, 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 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).

A/4682/2017 - 14/27 -

E. 6

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

E. 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; 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. 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/06 du 20 juin 2007 consid. 6.1 et les références).

E. 8

Le Tribunal fédéral a durant longtemps déterminé les conditions auxquelles des tableaux cliniques psychosomatiques (cf. ATF 137 V 64, consid. 4.3, p. 69) pouvaient donner droit à une rente d'invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, p. 353, ATF 131 V 49, consid. 1.2, p. 50) en se basant sur la présomption qu'il était possible de surmonter un trouble douloureux somatoforme ou ses effets par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés, qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Au premier plan figurait l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Les autres critères déterminants étaient : la présence d'affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état

psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la

A/4682/2017 - 15/27 - maladie, « fuite dans la maladie ») et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Mais dans un arrêt récent (ATF 141 V 281 = 9C_492/2014 du 3 juin 2015), notre Haute Cour a repensé la jurisprudence établie depuis l'ATF 130 V 352 en tenant compte, d'une part, de l'expérience accumulée au cours des onze années s'étant écoulées depuis cet arrêt de principe, d'autre part, des critiques formulées par la doctrine médicale et juridique à l'encontre de cette jurisprudence et de sa mise en œuvre. Le Tribunal fédéral a dû convenir que la présomption du caractère surmontable retenue jusqu'alors s'opposait à deux égards à une investigation complète des circonstances déterminantes pour l'incapacité de travail : d'une part, la focalisation sur des indices pouvant éventuellement renverser la présomption avait pour conséquence que l'on cherchait avant tout des aspects invalidants, alors que les ressources avaient tendance à être négligées, d'autre part, la présomption du caractère surmontable incitait parfois à sélectionner sur la base des critères les éléments de fait déterminants de manière à ce que le cas type soit réalisé, ce qui conduisait à une schématisation contraire à la libre appréciation des preuves et à l'application d'office du droit. Au surplus, la présomption favorisait la conception que le caractère surmontable était indivisible, de sorte que seule une incapacité de travail entière pouvait entrer en considération (arrêt op. cit. consid. 3.4.2). Fort de ce constat, le Tribunal fédéral a choisi de remplacer le modèle règle/exception ayant cours jusqu'alors par une grille d'analyse structurée et normative (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il préconise une nouvelle méthode pour apprécier la question de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail entière ou partielle : au moyen d'un catalogue d'indicateurs, la capacité de travail effectivement atteignable est soumise à une appréciation symétrique sans résultat prédéfini – qui tient compte des facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, des potentiels de compensation (ressources), d'autre part (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il sied toutefois de souligner que l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective : il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

E. 9

Les observations médicales constituent le point de départ de l'examen du droit à la rente conformément aux art. 4 al. 1 LAI et 6ss LPGA (en particulier l'art. 7 al. 2 LPGA) : une limitation de la capacité de travail ne peut donner droit à des prestations que si elle résulte d'une atteinte à la santé ayant fait l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline

A/4682/2017 - 16/27 - concernée) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt op. cit., consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3). Les experts doivent donc donner des explications quant au diagnostic, afin d'établir le caractère de maladie, mais également quant aux atteintes concrètes des fonctions nécessaires à la gestion du quotidien, lesquelles seront aussi reprises dans l'estimation de la capacité de travail. A cet égard, il ne faut inclure dans la « preuve cohérente d'une activité et d'une participation perturbées » que des déficits fonctionnels émanant des observations qui ont également été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des

limitations fonctionnelles alléguées par un examen consciencieux de plausibilité (arrêt op. cit. consid. 2.1.2 ; ATF 140 V 290, consid. 3.3.1, p. 296 et consid. 3.3.2 au début, p. 297). Il conviendra également que les experts se prononcent sur l'existence ou non d'une limitation résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (se manifestant par une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ou encore, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact étant précisé qu'un simple comportement explicite n'indique pas en soi une exagération ; arrêt op. cit. consid. 2.2.1).

E. 10

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés.

A/4682/2017 - 17/27 - L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), aux syndromes de fatigue chronique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). S'agissant en particulier des troubles moteurs dissociatifs, le TF a confirmé à plusieurs reprises sa jurisprudence, notamment dans plusieurs arrêts de principe (cf. ATF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 p. 13 s.; 137 V 64 consid. 4.2 p. 68; 136 V 279 consid. 3.2.1 p. 282 ; cf. également arrêt 8C_607/2015 du 3 février 2016).

E. 11

La nouvelle approche préconisée par le Tribunal fédéral entraîne des adaptations dans la formulation des indicateurs et un certain élargissement matériel des aspects déterminants de l'examen. S'il est ainsi possible de se baser sur la liste de critères utilisée jusqu'alors, cette

liste doit cependant être utilisée en tenant toujours compte des circonstances du cas particulier (il ne s'agit pas d'une « check-list où il suffit de cocher des rubriques ») et elle n'est pas non plus immuable en tant que telle mais ouverte aux connaissances médicales nouvellement établies qui, en tant que réalités juridiques, marquent la conception de la liste de leur empreinte (cf. arrêt op. cit. consid. 4.1.1). Il s'impose dès lors d'abandonner l'importance prioritaire de la comorbidité psychique et de renoncer à faire référence au bénéfice primaire de la maladie. On ne parle plus de « critères » mais d'« indicateurs », c'est-à-dire d'éléments de preuve déterminants servant à établir un état de fait donné (arrêt op. cit. consid. 4.1.29.), les réponses des experts médicaux constituant des indices devant aider à pallier à la difficulté d'apporter la preuve dans l'évaluation de l'incapacité de travail lors de troubles psychosomatiques. Ces indicateurs peuvent être systématisés de la manière suivante : Catégorie « degré de gravité fonctionnel » - complexe « atteinte à la santé » : ■ expression des éléments pertinents pour le diagnostic ■ succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard ■ comorbidités - complexe « personnalité » : diagnostic de la personnalité, ressources personnelles

A/4682/2017 - 18/27 - - complexe « contexte social » Catégorie « cohérence » (comportement) - limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines de la vie - poids des souffrances révélé par l'anamnèse (cf. traitements et réadaptation).

E. 12

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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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. a. 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). b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58

consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58

A/4682/2017 - 19/27 - consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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. A 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). d. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte

A/4682/2017 - 20/27 - psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que

des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 13

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).

E. 14

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 15

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

A/4682/2017 - 21/27 - 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).

E. 16

En l'espèce, la décision entreprise ayant été rendue sur la base de l'expertise du Dr L. _____ de juillet 2017 et de l'interprétation qu'en a faite le SMR, il y a lieu dans un premier de déterminer si l'expertise administrative susmentionnée peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. La chambre de céans considère que tel n'est pas le cas: a. Force est tout d'abord de constater que l'expert, spécialiste en chirurgie orthopédique, assisté d'un co-expert lui-même spécialiste en chirurgie de la main, n'a retenu comme seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant (TSD) sur douleurs référées des membres supérieur et inférieur droits (F45.4). Or, selon la jurisprudence, dans la règle, lorsque la question se pose d'un tel diagnostic, un avis de psychiatre est requis. Tel n'a toutefois pas été le cas en l'espèce. La spécialité des experts ne les autorisait pas à eux seuls à poser un tel diagnostic. Du reste, l'expert a lui-même retenu qu'un avis de psychiatre paraissait indiqué, et qui pourrait d'ailleurs confirmer la nécessité d'un soutien psychothérapeutique sous forme d'une approche de type cognitivo-comportemental associé à un traitement antalgique de fond (dans la mesure où, selon ses constatations, la médication actuelle consiste dans la prise de paracétamol et de Voltaren, l'assuré ne bénéficiant actuellement d'aucun traitement de rééducation). Certes, l'expert a également recueilli l'avis d'un neurologue - dont l'avis peut en certaines circonstances être suffisant pour retenir le diagnostic de TSD; le Dr M. _____ a procédé à divers examens, et a établi un rapport. Le neurologue a conclu que le tableau clinique doit très clairement être rattaché à des "douleurs référées" n'ayant pas de topographie spécifique suivant un dermatome précis. Il indique d'ailleurs que les éléments recueillis sont très nettement modulés par la fatigue, le stress et le surmenage, mais peuvent disparaître dans le cadre d'activités physiques notamment la marche ou la danse. Il indique que l'examen neurologique objectif est normal même s'il relève l'existence d'une sensation hyperesthésique intéressant le bras et la jambe s'arrêtant en bras de chemise et exactement à la base du crâne à droite; ses constatations ont également faites au niveau du membre inférieur droit. Les examens neurographiques sont normaux et n'ont pas permis de corroborer l'existence d'un syndrome du tunnel carpien, de Guyon, d'une atteinte radiculaire ou d'une compression au niveau du point d'Erb. Il n'a pas non plus relevé d'éléments évocateurs d'une polyneuropathie, d'une neuropathie ou d'un syndrome radiculaire aux membres inférieurs. Il n'a en définitive retenu aucun diagnostic, notamment pas celui de TSD. Selon la littérature médicale la douleur référée est une douleur ressentie à distance du foyer local de la lésion, pouvant s'accompagner d'autres symptômes neurologiques, comme une hypoesthésie (engourdissements) ou une anesthésie, des paresthésies (sensations anormales, comme des picotements, des fourmillements,

A/4682/2017 - 22/27 - des chocs électriques), ou de dysesthésie. La douleur référée, dite sclérogénique, résulte d'une convergence des informations (nerveuses) afférentes somatiques et viscérales d'un même segment embryonnaire (sclérotome). La hernie discale est un bon exemple de douleur qui implique fréquemment une douleur locale, irradiée et référée. Sans conflit avec les éléments nerveux, la lésion discale, profondément située au niveau du rachis, provoque des douleurs locales et irradiées. Dans le cas où la hernie discale entre en conflit avec une racine nerveuse, la moelle épinière ou la queue de cheval, une douleur référée et d'autres symptômes accompagnés sont provoqués par la hernie du disque intervertébral. (consultable à l'adresse internet suivante :

<http://www.osteopathieetcie.com/2012/02/28/douleurs-locale-irradiante-referee/>). Or, le neurologue n'en dit pas plus au sujet de l'origine possible, somatique ou viscérale résultant de la convergence des informations, au sens de la définition susmentionnée. Certes, le

neurologue conclut que du point de vue neurologique pur, il n'existe aucune limitation dans des activités quelles qu'elles soient, ce qui n'exclut évidemment pas des limitations pour d'autres causes, de sorte que dans le cas d'espèce, on ne saurait notamment faire l'économie d'une expertise psychiatrique, les conditions exceptionnelles posées par la jurisprudence pour que l'on n'ait pas besoin de recueillir l'avis du psychiatre n'étant pas données en l'espèce (ATAS/370/2016 confirmé par l'arrêt du tribunal fédéral 9C_422/2016 du 23.01.2017). b. Le diagnostic retenu par l'expert ne convainc pas non plus, par rapport à ses propres constatations, dont certaines paraissent incompatibles avec un examen rigoureux des indicateurs posés par la jurisprudence inaugurale du tribunal fédéral (ATF 141 V 281), et les conséquences que l'on doit en tirer. Il en va ainsi des remarques de l'expert, au niveau de la cohérence: il retient que si les allégations de l'assuré sont le plus souvent adéquates lors du dialogue, l'examen fait apparaître des réactions parfois démonstratives. L'expert a en outre observé des réponses variables entre son examen et celui du neurologue concernant aussi bien les plaintes que les résultats d'épreuves similaires, même s'il relève que l'assuré lui-même confirme auprès de chacun des examinateurs la variabilité des sensations éprouvées selon les circonstances. L'expert relève que les phénomènes de douleurs décrits par l'expertisé sont fluctuants, réduites avec l'activité physique, mais aggravées avec la fatigue ou les préoccupations; le neurologue relève, de son côté, à l'anamnèse neurologique dirigée que toute la symptomatologie n'est pas augmentée dans le cadre d'efforts, ou de manœuvre de Valsalva; il ajoute que, selon l'assuré, l'ensemble de la symptomatologie peut même disparaître notamment lorsqu'il danse ou marche durant de nombreuses heures ; l'assuré ajoute avoir constaté que cette activité engendre une nette amélioration de son état. Par ailleurs, l'expert ne s'est pas prononcé par rapport à certains indicateurs, en particulier celui des ressources de l'assuré (question VI.5 de la mission d'expertise) et de la possibilité de les exploiter - selon les indicateurs jurisprudentiels.

A/4682/2017 - 23/27 - c. A cela s'ajoute que l'expert ne s'est pas prononcé clairement par rapport aux questions qui lui étaient posées en relation avec la capacité de travail: s'il considère que la CT dans l'activité antérieure de portier ou de nettoyeur reste nulle - ce qui peut en effet se traduire par un taux de 0 % (réponse à la question VI. 1 de la mission); il était en revanche invité à se déterminer sur la CT dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré (activité adaptée), à quel taux et depuis quand, ainsi qu'à en indiquer l'évolution. Il devait en outre énoncer les limitations fonctionnelles, et de ce point de vue, l'expertise ne répond pas aux questions posées: s'agissant en effet d'un travail dans une activité adaptée, l'expert a répondu comme suit ; après avoir indiqué que la CT dans l'activité antérieure restait nulle, l'expert a poursuivi: « un travail adapté de type tri ou messagerie pourrait en revanche lui être confiée en parallèle avec la thérapie proposée. Le cas échéant, une réévaluation sera envisagée après six mois d'un traitement à la fois bien conduit et correctement suivi. » En l'espèce, l'expert ne se prononce pas sur le taux d'une CT adaptée; de surcroît, on ne saurait considérer qu'en l'absence d'une telle précision on devrait en inférer que la CT dans une activité adaptée serait de 100 %, d'une part en raison du fait que selon l'expert un tel travail pourrait être proposé à l'assuré, en parallèle à la thérapie qu'il estime nécessaire (traitement antalgique de fond adaptée et associé à une psychothérapie de soutien), avec une réévaluation de la CT après six mois; ce qui dans le contexte de sa réponse implique qu'a priori cette CT ne serait pas complète, à tout le moins au début du traitement. D'autre part ce traitement, si ce n'est sa finalité, devrait, selon l'expert et le sens commun, avoir pour conséquence une amélioration de la CT dans l'activité adaptée, à défaut de quoi on ne voit pas pourquoi il préconiserait une réévaluation

de la CT après six mois d'un traitement bien conduit et correctement suivi. Au vu de ce qui précède, on ne saurait dès lors accorder une valeur probante à cette expertise.

E. 17

Ce nonobstant, le SMR, dans son rapport final du 23 août 2017, a affirmé que l'expert considérerait, à l'instar de la Dresse J_____, que la CT exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles serait exigible au taux de 100 %. On rappellera qu'un tel rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical; et qu'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; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Or le SMR ne s'est pas cantonné à la mission qui lui incombe dans ce contexte, ses observations étant erronées, partant les conclusions qu'il en tirait, l'étaient également : non seulement, comme on l'a vu ci-dessus, l'expert n'a jamais affirmé que la CT dans une activité adaptée serait de 100 %, - ceci indépendamment de savoir à partir de quand, puisqu'il ne s'est pas prononcé sur cette question -, mais en plus, le SMR ne pouvait

A/4682/2017 - 24/27 - prétendre que l'expert se serait aligné sur l'avis de la Dresse J_____ : en effet, cette dernière, dans son courrier du 13 avril 2016, répondant au questionnement du SMR, en particulier à la question 6 (« quelle est la capacité de travail en pour cent et depuis quand ... b. dans une autre activité adaptée ») et à la question 12 (« si une reprise de travail n'est pas possible actuellement (à plein temps ou à temps partiel) peut-on envisager un retour au travail ultérieurement (dans le même métier ou dans un autre) ? Si oui, dans combien de temps et à quel taux ? Si non pourquoi ? »), la Dresse J_____ a répondu : « afin de répondre à cette/ces question(s), une expertise est nécessaire. » Or, c'est sur la base de ses observations erronées que le SMR, dans son avis final, a conclu à une CT exigible dans une activité adaptée de 100 %, depuis toujours. Cette conclusion erronée a pourtant servi de base à la décision entreprise. On relèvera encore que cet avis du SMR est difficilement compréhensible, pour d'autres raisons, et notamment parce qu'il est encore contradictoire: en effet, juste après avoir considéré que cette expertise serait pertinente, prenant en compte les plaintes de l'assuré et s'appuyant sur un examen clinique approfondi et complété par des examens paracliniques adéquats, et avoir considéré que l'appréciation de la situation médicale et des conclusions seraient claires, et cohérentes, le SMR a déclaré s'écarter des conclusions de l'expert concernant la classification CIM 10, estimant ne pouvoir retenir la notion de TSD, compte tenu de l'anamnèse et des avis orthopédiques précédents (en particulier le rapport médical du 13 avril 2016 de la Dresse J_____, susmentionné). Or le SMR, en ne retenant pas le seul diagnostic incapacitant retenu par l'expert ne pouvait retenir, en d'autres termes, une valeur probante à cette expertise. Il a au contraire délibérément substitué son appréciation aux autres avis médicaux figurant au dossier, en retenant en l'occurrence un diagnostic qui ne ressort d'aucun document médical antérieur.

E. 18

En conséquence, et au vu de ce qui précède, tant par rapport à l'expertise du Dr L_____ que par rapport à l'avis final du SMR, consécutif à l'expertise, la décision entreprise doit être annulée, et la cause retournée à l'intimé, pour qu'il procède aux investigations

complémentaires auxquelles il n'a pas procédé, comme il aurait le faire, à simple lecture du rapport d'expertise, qui contenait à tout le moins suffisamment d'éléments commandant la poursuite sinon le complément de l'instruction médicale : c'était clairement le cas par rapport au volet psychiatrique, recommandé par l'expert, mais c'était probablement également le cas par rapport à la symptomatologie, dont les causes n'avaient pas pu être objectivées sur le plan somatique. L'expert avait en effet attiré l'attention sur le caractère limité de ses examens en raison du cadre de sa mission d'expertise, celui-ci n'étant probablement pas suffisant pour avoir une vision globale de la situation et de l'état de santé de l'assuré. Dans ce contexte, on retiendra que parmi les documents produits par le recourant en cours de procédure de recours, certains rapports médicaux ou comptes-rendus radiologiques ou d'IRM retenaient le diagnostic de hernies discales au niveau de

A/4682/2017 - 25/27 - C5-C6 et C6-C7 pouvant expliquer les douleurs de type cervico-brachiales bilatérales, beaucoup plus importantes à droite qu'à gauche, avec décharges électriques et blocage surtout au niveau du membre supérieur droit : ces documents consistaient notamment en deux courriers respectivement datés des 15 et 29 septembre 2017, du Dr R_____ ainsi que le certificat médical du 5 octobre 2017 du Dr S_____, lesquels se réfèrent à une I.R.M. cervicale réalisée le 27 septembre 2017, qui montrait ces deux hernies discales avec compression sur la moelle à ce niveau. Ces documents ayant été soumis au SMR, celui-ci s'est prononcé dans un avis du 29 janvier 2018: le Dr I_____ observe que le Dr R_____ (neurochirurgien) - (avis confirmé par le Dr S_____) - retient le diagnostic de cervico-brachialgies droites, - sans signe de gravité, ajoute le SMR -. Le Dr I_____ se prononce également sur le rapport d'IRM et retient que ce dernier met en évidence des discopathies cervicales dégénératives avec conflit disco-radicaire au niveau C6 droit. Il estime ne pas pouvoir être convaincu par les conclusions du Dr R_____, en particulier par la date du début de l'éventuelle incapacité de travail qu'il fixe au 15 septembre 2017, au motif que dans son courrier du 15 septembre 2017 ce médecin évoque l'IRM du 27 septembre 2017 (postérieure au courrier en question); ce en quoi le médecin du SMR perd de vue que le courrier du 15 septembre 2017 comporte, quant à lui, certainement une erreur évidente (fréquente en la matière lors de la rédaction d'un nouveau courrier sur la base d'un document antérieur existant, en omettant de rectifier la date): pour preuve le fait que les documents produits comportaient en outre un courrier quasiment identique au précédent mais daté du 29 septembre 2017, évoquant lui aussi l'IRM du 27. Le Dr I_____ observe qu'au vu de ces nouveaux documents – antérieurs à la décision entreprise – si un nouveau diagnostic est possible pour expliquer les plaintes de l'assuré, il n'est pas possible de se positionner sur la date de survenance et les conséquences de ce diagnostic. Il retient, cela étant, que dans son rapport d'expertise du 17 juillet 2017, l'expert, chirurgien orthopédique, ne signalait pas de signe tronculaire ou radicaire au niveau cervical lors de l'examen électro-neuro-myographique, preuve - selon le Dr I_____ - qu'à cette date il n'y avait aucune atteinte neurologique radicaire. Il note également que les radiographies de la colonne cervicale du 3 avril 27 ne montraient pas de signe d'atteinte cervicale. Il concède toutefois que si au vu des éléments médicaux du dossier de l'époque l'évaluation du SMR du 23 août 2017 était bien conforme, à cette date-là, il semble que la possible nouvelle atteinte puisse justifier, maintenant, de nouvelles limitations fonctionnelles. Il en conclut qu'une nouvelle instruction est nécessaire pour connaître la qualité et la date de début de celle-ci. Dans sa prise de position du 30 janvier 2018, notamment en relation avec cet avis médical du SMR, l'intimé retient que si la nouvelle atteinte a bien été objectivée antérieurement à la décision litigieuse, et quand bien même

elle mériterait un complément d'information médicale (durée, suivi médical, limitations fonctionnelles,...), elle ne saurait toutefois être prise en considération dans le cadre de la présente procédure. Il considère en effet que selon la jurisprudence, la

A/4682/2017 - 26/27 - survenance d'une atteinte à la santé totalement différente, propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a pour effet un nouveau cas d'assurance. Il notait qu'en l'espèce le délai de carence d'une année liée à cette nouvelle dont on ignore encore si elle entraîne une incapacité de travail d'au moins 40 % n'était en tout état de cause pas encore échue au jour de sa détermination. Il conclut ainsi que la nouvelle atteinte sortait de l'objet du présent litige et devrait plutôt faire l'objet d'une nouvelle procédure administrative. Étant donc admis que cette « nouvelle atteinte » existait déjà au moment de la décision entreprise, dès lors qu'en tout état le dossier sera retourné à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, il y aura lieu de tenir compte également de cette "nouvelle" atteinte dans les investigations auxquelles l'intimé devra procéder, d'autant qu'il en reconnaissait la nécessité, suivant l'avis du SMR du 29 janvier 2018. Ceci dit, la question de savoir s'il s'agit - comme le prétend l'intimé - véritablement de la « survenance d'une atteinte totalement différente » peut en l'état rester ouverte, d'autant qu'une telle affirmation est douteuse : la chambre de céans s'étonne en effet que l'on puisse concevoir qu'une telle atteinte aurait pu ne pas être décelée lors de l'expertise, respectivement au printemps 2017 (radiographies de la colonne cervicale du 3 avril 2017), et apparaisse dans un délai aussi bref que de quelques mois (27 septembre 2017), alors que selon le SMR il s'agit d'atteintes dégénératives (qui impliquent un processus sur la durée). Sauf précisément à se référer aux réserves de l'expert quant à l'étendue (limitée) des examens auxquels il a procédé. Cette question pourra être examinée, dans le cadre de l'instruction médicale complémentaire à laquelle procédera l'intimé, cas échéant sous la forme d'une expertise bidisciplinaire comportant un volet psychiatrique d'une part, et rhumatologique, neurologique ou neurochirurgical d'autre part, à préciser par le SMR. En tout état la production de ces documents, au début janvier 2018, devra être prise en compte comme valant date de dépôt d'une nouvelle demande si cette atteinte devait être considérée comme nouvelle.

E. 19

Au vu de ce qui précède il n'y a pas lieu à ce stade d'examiner la décision entreprise en regard de la méthode selon laquelle l'intimé a fixé le degré d'invalidité dans le cadre de la comparaison des revenus avec et sans invalidité, d'autant que cet aspect n'a pas été discuté par le recourant, et qu'a priori la méthode utilisée est conforme à la jurisprudence.

E. 20

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 24 octobre 2017 sera annulée, la cause étant retournée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF. 500.-

A/4682/2017 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :