

GE_GERICHTE ATAS/1169/2017 vom 20. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1169_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1169/2017 du 20 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1169/2017 del 20 dicembre 2017

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

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

A/1089/2017 - 17/31 - 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 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et 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 ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 22 février 2017 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B LPA).

E. 5

Le litige porte que le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité.

E. 6

a. 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). b. 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).

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

A/1089/2017 - 18/31 - comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

E. 8

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 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). En d'autres termes, dans chaque cas d'invalidité, il doit y avoir un diagnostic médical pertinent d'après lequel, à dire de spécialiste, la capacité de travail (et de gain) est diminuée de manière importante. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels sont au premier plan dans 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. En effet, il ne suffit pas que le tableau clinique indique qu'il y a diminution de la capacité de travail et que celle-ci a sa source dans des facteurs socioculturels, mais encore faut-il qu'il prenne en compte le diagnostic médical sur le plan

A/1089/2017 - 19/31 - psychiatrique, par exemple qu'il fasse clairement la différence entre l'humeur dépressive dont se plaint l'assuré et l'état dépressif au sens médical ou qui lui est assimilable. Si le diagnostic médical retient une atteinte à la santé psychique entraînant une diminution de la capacité de travail (et de gain), les facteurs socioculturels sont relégués à l'arrière-plan. Tel n'est pas le cas, en revanche, quand l'expert admet que le diagnostic médical ne suffit pas pour expliquer l'incapacité de travail, imputable essentiellement aux difficultés psychosociales ou socioculturelles de l'assuré (VSI 2000 p. 155 consid. 3).

E. 9

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). D'après une jurisprudence constante, la qualification du médecin joue un rôle déterminant dans l'appréciation de documents médicaux. L'administration et le juge appelés à se déterminer en matière d'assurances sociales doivent pouvoir se fonder sur les connaissances spéciales de l'auteur d'un certificat médical servant de base à leurs réflexions. Il s'ensuit que le médecin rapporteur ou pour le moins le médecin signant le rapport médical doit en principe disposer d'une spécialisation dans la discipline médicale concernée ; à défaut, la valeur probante d'un tel document est moindre (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_826/2009 du 20 juillet 2010 consid. 4.2).

b. 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/1089/2017 - 20/31 - Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait

remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

A/1089/2017 - 21/31 -

E. 10

Conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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. 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).

E. 11

a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide ; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou

A/1089/2017 - 22/31 - encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité 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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). c. 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 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

A/1089/2017 - 23/31 - comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Dans un arrêt 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à

l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail. Dans un arrêt 8C_311/2015 du 22 janvier 2016, le Tribunal fédéral a estimé qu'un taux de 10% tenait suffisamment compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles. Il a relevé qu'un abattement plus élevé n'était pas indiqué, dès lors qu'il n'y avait pas lieu de retenir des problèmes particuliers d'adaptation. L'assuré avait été en mesure de changer d'entreprise et de se plier à de nouvelles contraintes émanant d'employeurs différents. Par ailleurs, on ne pouvait prendre en compte des difficultés linguistiques dans le cas d'un assuré arrivé en Suisse en 1981 et y ayant vécu de nombreuses années. Quant à l'absence de formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, les premiers juges ont rappelé que ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé. Dans un arrêt 8C_655/2016 du 4 août 2017, le Tribunal fédéral a confirmé un abattement de 15% pour tenir compte de l'âge de l'assuré, 58 ans au moment de la naissance de la rente qui constituait le plus grand inconvénient et du fait qu'il perdait l'avantage de compter 15 années de services chez un employeur public, relevant que les limitations fonctionnelles ne présentaient pas de spécificités telles qu'elles étaient susceptibles d'induire, à elles-seules, une réduction importante sur ses perspectives salariales compte tenu de la palette d'activités compatibles avec celles-ci. d. Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

E. 12

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, 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

A/1089/2017 - 24/31 - 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. 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les

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

E. 14

En l'espèce, l'intimé a tenu compte d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%, sur la base de l'appréciation du SMR du 16 novembre 2016, elle-même fondée sur le rapport d'expertise de la CRR du 5 septembre 2016. Le recourant quant à lui conteste les conclusions de ces documents, en particulier les diagnostics retenus sur le plan psychique, les limitations fonctionnelles, ainsi que le taux de sa capacité de travail résiduelle. Il soutient en substance que les médecins consultés ont conclu à une incapacité totale de travail en raison de l'ensemble de ses pathologies, qu'il ne peut pas exercer un travail requérant l'utilisation de son bras droit et qu'il présente de graves troubles psychologiques et des épisodes d'absences prolongées.

E. 15

À titre préalable, il convient de relever que le rapport du Dr C_____ du 7 mars 2017 et celui du Dr Q_____ du 20 mars 2017, documents postérieurs à la décision dont est recours, se rapportent, du moins partiellement, aux atteintes à la santé préexistant à ladite décision et qui ont fait l'objet de l'appréciation de la

A/1089/2017 - 25/31 - capacité de travail du recourant, de sorte que ces documents doivent être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. En revanche, les affirmations non étayées du recourant contenues dans son écriture du 18 mai 2017 se rapportent à de nouvelles pathologies et ne sont donc pas pertinentes pour l'issue du litige.

E. 16

La chambre de céans constate que le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la CRR remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient un résumé du dossier, se fonde sur une anamnèse détaillée et une analyse complète des pièces pertinentes. Les experts ont livré les résultats de leurs examens approfondis, pris en considération les plaintes du recourant, argumenté leur appréciation, procédé à une discussion consensuelle et présenté des conclusions précises et motivées.

E. 17

a. Au niveau rhumatologique, les experts ont diagnostiqué une arthrose post- traumatique acromio-claviculaire droite, une tendinopathie de la face supérieure du supra-épineux droit et un status après une luxation de l'articulation sterno- claviculaire droite, atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail. Ces diagnostics ne prêtent pas le flanc à la critique. En effet, les examens radiologiques ont révélé des lésions arthrosiques dégénératives de l'articulation acromio-claviculaire, un conflit sous-acromial et un petit ostéophyte sous-acromial. En outre, l'expert a relevé de discrets signes compatibles avec une tendinopathie a minima du supra-épineux, de sorte qu'il a également retenu un tel

trouble, lequel avait d'ailleurs été constaté par le Dr G_____. L'expert-rhumatologue a retenu des limitations fonctionnelles en lien avec le port de charges de plus de 10 kg, des activités en élévation antérieure ou latérale du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, des gestes répétés de rotation médiale et la montée et descente d'échelles. Il a estimé que la capacité de travail était de 100% dans l'activité de nettoyage, avec une baisse de rendement de 20%, mais qu'elle était totale dans une activité tenant compte des limitations fonctionnelles. Rien ne permet de remettre en cause les restrictions énoncées. Il est en effet rappelé que l'expert en rhumatologie a observé que les amplitudes de l'épaule étaient normales et a souligné des discordances, d'une part, entre la discrétion des signes objectifs retrouvés et l'importance des plaintes alléguées et, d'autre part, entre la difficulté à mobiliser l'épaule lors de l'examen clinique et la musculature parfaitement développée, ainsi que la relative bonne utilisation lors de l'entretien. Les constatations de l'expert sont comparables à celles du Dr G_____, lequel a relevé que les mobilités, et partiellement la force, étaient conservées. De même, le Dr D_____ a estimé que la force paraissait globalement conservée et que les doléances du recourant étaient en contradiction avec sa gestuelle. Enfin, le Dr H_____ a lui aussi évoqué une éventuelle amplification de la symptomatologie.

A/1089/2017 - 26/31 - En définitive, seul le Dr C_____ a considéré que son patient était incapable d'utiliser sa main droite, en raison de brachialgies et d'une faiblesse de la main. Cette opinion ne repose toutefois pas sur des constatations médicales objectives, mais est uniquement basée sur les doléances du recourant. Le médecin traitant, lequel ne dispose au demeurant pas d'une spécialisation en rhumatologie, ne soulève aucun indice qui permettrait de douter des conclusions de l'expert s'étant prononcé sur ce volet, après un examen complet. b. Sur le plan neurologique, les experts ont retenu le diagnostic de status après un TCC sévère en 1983 sans séquelles neurologiques, diagnostic dépourvu d'effets sur la capacité de travail. En outre, le neurologue a conclu à une suspicion d'épilepsie post-traumatique non confirmée et à une symptomatologie algo-paresthésiante au membre supérieur droit sans substrat somatique neurologique. Ces appréciations sont convaincantes et correspondent à celles des autres spécialistes puisque l'examen du Dr D_____ n'a pas mis en évidence d'atteinte neurologique du membre supérieur droit, l'EEG de ce médecin s'est révélé dans les limites de la norme et l'ENMG du membre supérieur droit réalisé par la Dresse E_____ n'a pas mis en exergue d'arguments en faveur d'une atteinte nerveuse périphérique. Enfin, en l'absence d'un enregistrement EEG de longue durée, examen auquel le recourant n'a pas souhaité se soumettre, il n'a pas été possible de confirmer ou d'infirmer l'existence d'un trouble épileptique, lequel a été suggéré, sans toutefois pouvoir être confirmé, par les Drs F_____, D_____ et I_____. Le Dr D_____ n'a, lui non plus, pas retenu de limitation fonctionnelle sur le plan neurologique et a estimé que la capacité de travail était entière. c. Compte tenu du TCC sévère et des épisodes d'absences, le recourant a fait l'objet d'une évaluation par une spécialiste en neuropsychologie. Mme O_____ a fait état de troubles attentionnels modérés qui interféraient avec un maintien continu de l'attention et précisé que l'investigation avait été limitée par la fatigue alléguée après une heure de tests et la nécessité d'une pause. Elle a ajouté qu'il convenait de discuter de la médication et des éventuels effets secondaires de cette dernière sur les capacités de concentration. Elle a en outre relevé que le recourant avait pu reprendre et maintenir jusqu'en 2013 une vie professionnelle satisfaisante suite au TCC, ce qui pouvait avoir entraîné une baisse des ressources et un épuisement à long terme, compte tenu de la gravité du TCC et de la situation professionnelle et familiale compliquée. Elle a conclu que le

tableau pouvait être considéré comme valide avec des performances cohérentes. Les pièces produites dans le cadre de la présente procédure ne permettent pas de remettre en cause l'évaluation de cette spécialiste. Il est en particulier relevé que le Dr I_____ a signalé des troubles exécutifs modérés en planification et auto-activation et des troubles mnésiques antérogrades verbaux. Mme O_____ a toutefois constaté que les éléments autobiographiques fournis étaient précis et cohérents. En mémoire à court terme, l'empan verbal était dans la norme et celui visuo-spatial à la limite de la norme. En mémoire à long terme verbale,

A/1089/2017 - 27/31 - l'apprentissage d'une liste de quinze mots était dans la norme, leur reconnaissance immédiate au sein d'un texte était maximale et leur rappel libre différé était dans la norme. Un test de reconnaissance de dessins en choix forcé était dans la norme au deuxième essai. Concernant les fonctions exécutives, la programmation était évaluée dans la norme, la coordination réciproque bi-manuelle était possible, mais limitée par les douleurs alléguées de la main droite. Bien que certaines fonctions exécutives soient ralenties ou déficitaires (la dénomination en conflit avec la lecture, la flexibilité et l'incitation), Mme O_____ a conclu que le recourant était apte à effectuer des tâches simples, avec une légère diminution de rendement et le besoin d'aménager l'horaire de travail en y incluant des pauses supplémentaires. Elle a estimé que seule la conduite professionnelle n'était plus possible. On relèvera encore que les troubles de la concentration, les fréquents oublis et les difficultés dans la gestion des tâches administratives rapportés par le Dr C_____ ne sont étayés par aucun examen approfondi ni constatations objectives. d/aa. Au niveau psychiatrique, l'expert a tout d'abord diagnostiqué un trouble moteur dissociatif consistant en des crises pseudo-épileptiques psychogènes, en l'absence de diagnostic étiologique neurologique. Il a exposé que l'atteinte s'était installée graduellement depuis 2012, pour atteindre un degré incapacitant en 2013, et a retenu la notion de gravité en raison de la fréquence des crises, quotidiennes, survenant à n'importe quel moment et sans relation avec un facteur déclenchant. L'intensité et le caractère des crises étaient demeurés inchangés malgré l'amélioration et la disparition complète de la dépression réactionnelle, ce qui démontrait qu'il s'agissait d'un phénomène profondément enraciné. Les limites fonctionnelles étaient liées à la dangerosité en cas de perte du contrôle et du contact avec l'environnement, mais la capacité de travail était entière dans toute activité sans dangerosité en cas de crises. Cette analyse est convaincante. L'expert a dûment exposé les raisons pour lesquelles il avait retenu un diagnostic par exclusion, démarche qui a d'ailleurs également été suivie par le Dr J_____, lequel a posé le diagnostic peu spécifique de trouble mental organique ou symptomatique, sans précision, en attendant l'évolution ou les résultats d'un EEG. Concernant l'évaluation de la capacité de travail, il est rappelé qu'il ressort des pièces du dossier que les crises, certes parfois fréquentes, sont brèves et ne durent pas plus de 5 minutes. Le recourant les sent venir et continue de percevoir son entourage, bien qu'il ne puisse plus parler, bouger ou voir. Ces épisodes d'absences semblent donc compatibles avec une activité lucrative adaptée aux limitations fonctionnelles, soit une activité légère et simple, avec une diminution de rendement. Si le Dr J_____ a estimé que ces troubles représentaient une gêne très significative et justifiaient une incapacité totale de travail, il n'a pas motivé son appréciation en expliquant les raisons pour lesquelles ces absences seraient incompatibles avec l'exercice d'une activité simple, en tenant compte d'une baisse de rendement de 20%. Quant au

A/1089/2017 - 28/31 - Dr Q_____, il a estimé dans son rapport du 13 décembre 2016 que l'état de santé global de son patient justifiait une incapacité de travail d'au moins 50%, mais il n'a pas fait état d'éléments qui auraient été ignorés par les experts. Il s'est contenté d'affirmer que les examens actuels confirmaient des séquelles neurologiques et neuropsychologiques importantes qui n'auraient pas suffisamment été prises en considération, sans exposer d'éléments objectifs qui auraient été omis par les experts. Au contraire, la description des épisodes d'absence par ce psychiatre correspond en tout point à celle ressortant de l'expertise. En réalité, le Dr Q_____, tout comme le Dr C_____, se contente de substituer sa propre appréciation de la capacité de travail de son patient. d/bb. Les experts ont ensuite diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec une dépression réactionnelle actuellement en rémission complète. Le spécialiste en psychiatrie a notamment constaté que l'humeur était dans les limites de la norme, bien modulée, que le recourant ne transmettait pas de souffrance ou de vécu douloureux, que l'élan vital était conservé à un bon niveau, que la gestuelle et l'expressivité émotionnelle étaient vives, qu'il n'y avait pas de ruminations mentales ou de chute de l'humeur en dehors de ce qui était la norme dans une situation difficile. Il a considéré que le recourant avait souffert d'une dépression réactionnelle suite à son arrêt de travail au mois de novembre 2013. Toutefois, le suivi initié en 2014 avait été efficace, avec la disparition des idées noires et une amélioration de l'humeur. Sous traitement psychothérapeutique et antidépresseurs standards, la dépression était entièrement résolutive et ne correspondait pas à une maladie du registre psychiatrique installée de façon durable. L'expert a conclu que les ressources psychiques du recourant, qualifié de stable, équilibré, intelligent, adéquat dans ses jugements, étaient intactes. Il a donc exclu l'éventuelle baisse des ressources évoquée par la neuropsychologue. Cette argumentation est convaincante, étant singulièrement rappelé que l'expert a examiné les critères diagnostiques de la dépression, qu'il a constaté l'absence de symptômes de la lignée dépressive et que le recourant lui-même a exposé que la prise en charge psychiatrique avait permis de stabiliser la situation. D'ailleurs, les plaintes du recourant à l'expert ne concernaient que les épisodes d'absences et des troubles du sommeil, partiellement corrigés par les médicaments. Dans son attestation du 13 décembre 2016, le Dr Q_____ a mentionné un état dépressif fluctuant, sans faire état du moindre élément qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et sans livrer la moindre argumentation venant appuyer son avis. Dans son rapport du 20 mars 2017, il a signalé une aggravation clinique « depuis plusieurs mois » et retenu de nouvelles pathologies, soit des épisodes dissociatifs transitoires dans le cadre plus général d'un « trouble de la personnalité sévère mixte », émotionnellement labile, type impulsif et anxieux, avec un trouble de l'affectivité. Son appréciation est cependant dénuée de toute argumentation et le psychiatre traitant n'a pas précisé sur quels éléments il se fondait ni quand précisément était survenue l'aggravation de l'état de santé

A/1089/2017 - 29/31 - psychique de son patient. Dans ces conditions, rien ne permet de retenir que le recourant aurait présenté de nouvelles atteintes à la santé psychique avant le prononcé de la décision litigieuse. Quant à l'appréciation du Dr C_____, lequel a évoqué un état anxio-dépressif à maintes reprises, elle n'émane pas d'un spécialiste. En outre, ce diagnostic n'a fait l'objet d'aucune discussion par le médecin traitant et les critères pertinents pour le confirmer n'ont pas été examinés. d/cc. C'est encore le lieu de relever que l'expert-psychiatre qui a posé un diagnostic en rémission ne s'est pas expressément déterminé sur l'évolution de la capacité de travail depuis le début de l'incapacité de travail en janvier 2014. Cette omission est toutefois sans conséquence car il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'état dépressif du recourant, lequel a bénéficié

d'un suivi adéquat et efficace dès le 27 février 2014, n'entravait plus sa capacité de travail au moment de l'ouverture du droit à la rente, soit au mois de janvier 2015. En effet, le recourant a déclaré à l'expert au mois d'août 2016 qu'il se portait beaucoup mieux au niveau psychique depuis « au moins une année ». Le Dr J _____ a indiqué dans son rapport du 11 septembre 2015 que l'humeur était sans particularité en février et mars 2014, que l'anxiété était modérée, mais qu'il existait un risque suicidaire. Le traitement de Sertraline, augmenté de 50 mg à 100 mg par jour en août 2014, a entraîné un net effet positif et le psychiatre traitant a considéré, au mois de septembre 2014, que le trouble dépressif était « en rémission en tout cas partielle ». Le Dr C _____ a d'ailleurs observé en novembre 2014 que le moral était amélioré par le traitement. Ce dernier a été renouvelé aux mois de mars et juillet 2015, puis a pu être réduit puisqu'il n'était que de 50 mg par jour au moment de l'expertise pluridisciplinaire. Ces éléments corroborent l'évaluation de l'expert-psychiatre qui a considéré que l'humeur décrite comme dépressive au début du traitement s'était continuellement améliorée et que la dépression réactionnelle passagère ne correspondait pas à une maladie du registre psychiatrique installée de façon durable, ce qui revient à nier une atteinte incapacitante. e. Force est donc de constater qu'aucun élément objectif précis ne permet de douter du bien-fondé des conclusions du rapport d'expertise, de sorte qu'une instruction complémentaire ne sera pas ordonnée. La chambre de céans fera donc siennes les conclusions du rapport pluridisciplinaire du 6 septembre 2016, auquel elle reconnaît une pleine valeur probante. Elle considère donc que les épisodes d'absences du recourant contre-indiquent toute activité professionnelle dangereuse en cas de crises. Sur le plan somatique, elle retient des limitations dans le soulèvement de charges excédant 10 kg, les activités en élévation antérieure ou latérale du membre supérieur droit au-dessus de l'horizontale, les gestes répétés de rotation médiale et la montée et descente d'échelles. Elle conclut que la capacité de travail est entière dans une activité

A/1089/2017 - 30/31 - professionnelle adaptée, avec une baisse de rendement de 20% pour tenir compte des difficultés neuropsychologiques.

E. 18

Compte tenu des conclusions du rapport d'expertise de la CRR, l'intimé était légitimé à conclure que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%.

E. 19

S'agissant du taux d'invalidité, le recourant ne conteste ni la référence aux données ESS, ni le tableau retenu pour la fixation des salaires avec et sans invalidité. Il considère en revanche que l'intimé n'a pas tenu compte de l'ensemble de ses circonstances personnelles, notamment de son âge, de la barrière de la langue et de ses graves problèmes psychologiques.

E. 20

L'intimé a estimé que la diminution de rendement de 20% se confondait avec le degré d'invalidité, fixé à 20%, de sorte que le recourant n'avait droit à aucune prestation. Il a donc écarté tout abattement sur le salaire statistique. La chambre de céans observe que, même en tenant compte d'un abattement de 10% en raison des épisodes d'absences, lesquels sont susceptibles d'induire une réduction des perspectives salariales puisqu'ils peuvent survenir plusieurs fois par jour et engendrer, de par leur nature, une inactivité totale et imprévisible durant quelques minutes, le recourant n'aurait de toute façon par le droit à une rente, son

degré d'invalidité demeurant insuffisant. Elle relèvera à toutes fins utiles qu'une déduction supérieure à 10% ne se justifie pas en l'occurrence, étant rappelé que le recourant était âgé de 57 ans au moment de la décision litigieuse et qu'une baisse de rendement de 20% a déjà été prise en considération en raison des difficultés neuropsychologiques. En outre, on ne saurait tenir compte de difficultés linguistiques car le recourant vit à Genève depuis 1991 et a obtenu la naturalisation suisse en 2005. Enfin, il ressort clairement de l'expertise de la CRR que le recourant dispose de bonnes ressources.

E. 21

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1089/2017 - 31/31 - 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.