

GE_GERICHTE ATAS/127/2018 vom 14. Februar 2018

GE Cour de justice, 2018-02-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_127_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/127/2018 du 14 février 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/127/2018 del 14 febbraio 2018

Erwägungen

E. 11

Dans un rapport du 25 janvier 2010, le Dr D_____ a mentionné que l'assuré décrivait toujours des douleurs persistantes, spécifiquement au niveau lombaire, aux hanches et aux genoux. Les radiographies ne montraient pas d'évolution par rapport aux précédentes. Il n'existait toujours pas de syndrome inflammatoire. Il y avait peu d'arguments qui nécessitaient un nouveau traitement biologique. Si la maladie devenait plus active, un traitement par Ustekinumab pourrait se justifier.

E. 12

Dans un rapport du 15 mars 2010, le Dr C_____ a signalé un épisode dépressif sévère. L'évolution avait été défavorable les six derniers mois sur les plans physique et psychique. Le traitement médicamenteux pour les problèmes rhumatismaux avait été mal toléré, causant d'importants effets secondaires au patient, qui n'arrivait pas à marcher normalement et se rendait en taxi aux consultations. Le pronostic était sombre. La patient refusait un traitement médicamenteux pour son affection psychique et suivait une psychothérapie.

E. 13

Dans un rapport reçu par l'OAI le 27 avril 2010, le Dr D_____ a mentionné que le diagnostic de rhumatisme inflammatoire engendrait des douleurs chroniques fluctuantes, des lombalgies et des douleurs aux hanches et aux genoux. L'état de santé de l'assuré était stable. La reprise d'une activité professionnelle dans un domaine moins physique que celle de chauffeur de taxi était possible. Le patient ne semblait cependant pas très motivé pour travailler.

A/3920/2011 - 4/40 -

E. 14

Dans un rapport du 28 avril 2010, le docteur E_____, du service médical régional AI (ci-après : SMR), a suggéré de demander au Dr D_____ de fixer la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée.

E. 15

Le 29 avril 2019, une demande en ce sens a été adressée au service de rhumatologie des HUG, puis des rappels ont été adressés à ce service les 1er et 25 juin 2010.

E. 16

Selon un extrait du compte individuel de l'assuré du 9 septembre 2009, ses revenus ont été :
- en 2003 de CHF 7'400.- en tant qu'employé de F_____ ; - en 2004 de CHF 22'800.- en tant qu'employé de G_____ SA ; - en 2005 de CHF 8'109.- en tant qu'employé de H_____ ; - en 2005 de CHF 8'307.- en qualité d'indépendant ; - en 2006 de CHF 20'500.-

en qualité d'indépendant ; - en 2007 de CHF 1'085.- en tant qu'employé de H_____.

E. 17

Le 14 juillet 2010, la docteure I_____, médecin cheffe de clinique du service de rhumatologie des HUG, a informé l'OAI qu'elle n'était pas en mesure de se prononcer sur sa demande relative à la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci ne souhaitant plus être suivi par son service.

E. 18

Le 15 juillet 2010, l'assuré a informé l'OAI avoir débuté un suivi médical auprès de la docteure J_____ en raison du manque de suivi des HUG au niveau administratif.

E. 19

Cette dernière a informé l'OAI, le 19 août 2010, qu'elle n'allait pas suivre l'assuré et qu'elle l'avait à nouveau adressé au service de rhumatologie des HUG.

E. 20

Le 26 août 2010, le service de rhumatologie des HUG a informé l'OAI qu'il lui transmettrait une détermination sur la capacité de travail actuelle de l'assuré après la consultation fixée au 17 septembre suivant.

E. 21

Le 9 novembre 2010, sur relance de l'OAI, le service de rhumatologie des HUG lui a adressé copie de son courrier du 14 juillet 2010.

E. 22

L'OAI a, par courrier du même jour, demandé à l'assuré pour quel motif il n'était plus suivi par le service de rhumatologie des HUG.

E. 23

L'assuré a répondu, le 22 novembre 2010, qu'il s'était présenté aux rendez-vous des HUG les 27 septembre, 10 et 27 octobre ainsi que les 16 et 19 novembre 2010.

E. 24

En novembre 2010, le Dr C_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de son patient qui souffrait d'un épisode dépressif sévère. Le pronostic n'était pas bon.

E. 25

À teneur d'un rapport établi le 2 février 2011, le Dr D_____ et la docteure K_____, médecin interne au service de rhumatologie des HUG, l'assuré a séjourné dans ce service du 10 au 14 janvier 2011 pour évaluation de ses capacités fonctionnelles et professionnelles ainsi que de la possibilité d'une reprise d'une

A/3920/2011 - 5/40 - activité professionnelle. L'intervention était restée très limitée par le manque d'implication de l'assuré dans un projet professionnel et par ses douleurs. Un travail, par exemple dans un atelier, avec possibilité d'alterner les positions assise et debout semblait être envisageable à temps partiel.

E. 26

Par pli daté du 21 mars 2011, mais apparemment adressé à l'OAI par courriel du 11 avril 2011, le Dr D_____ a informé ce dernier que l'hospitalisation du 10 au 14 janvier 2011

avait mis en évidence une activité importante de la maladie rhumatismale, avec la présence de cinq articulations douloureuses. Il avait été proposé à l'assuré un traitement par Ustekinumab, qui avait clairement montré son efficacité pour un psoriasis cutané et un rhumatisme psoriasique. En l'état actuel, une reprise par l'assuré de son travail de chauffeur de taxi paraissait difficile. Avec une amélioration de l'activité de la maladie, une activité permettant une alternance des positions assise et debout avec possibilité d'un troisième appui semblait envisageable, au moins à temps partiel, dans un atelier par exemple, ce à quoi concluait le rapport d'ergothérapie préprofessionnelle.

E. 27

Le 7 avril 2011, l'OAI, se référant à trois précédents courriers restés sans réponse, a imparti un ultime délai au service de rhumatologie des HUG pour lui transmettre les informations requises au sujet de l'assuré.

E. 28

Selon un rapport établi par Monsieur L_____, maître socio-professionnel à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle du service de neuro-rééducation des HUG, le 8 mars 2011, fondé sur deux entretiens avec l'assuré, ce dernier se plaignait de douleurs persistantes au pied gauche. Il lui avait été proposé de prendre contact avec le maître socio-professionnel après son retour à domicile, ce qu'il n'avait pas fait. L'assuré ne percevait pas l'utilité d'entreprendre une quelconque thérapie aux ateliers, compte tenu de ses douleurs persistantes. Il n'avait pas donné de nouvelles depuis fin janvier 2011. Le maître socio-professionnel n'était pas entré en matière avec ce patient qui était révolté et pas du tout intéressé par une prise en charge en atelier.

E. 29

Par rapport intermédiaire adressé à l'OAI le 2 mai 2011, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire depuis six mois. En raison de ses affections psychiatriques et physiques importantes, sa capacité de travail était nulle.

E. 30

Le 10 mai 2011, le Dr B_____ a informé l'OAI qu'il n'était pas en mesure de lui adresser un rapport sur la capacité de travail de l'assuré, car il ne l'avait pas vu depuis quelques années.

E. 31

Le 26 juillet 2011, les docteurs M_____ et N_____, respectivement généraliste et psychiatre auprès du SMR, ont examiné l'assuré et conclu à une incapacité de travail dans une activité adaptée de 30%. Lors de l'examen du même jour, très peu de foyers psoriasiques avaient été constatés et il n'y avait pas de signes d'arthrite aiguë. On pouvait estimer la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à 70%, en tenant compte du caractère inflammatoire de l'atteinte et d'un certain

A/3920/2011 - 6/40 - déconditionnement. Il était relevé des discordances entre les plaintes, le handicap allégué et le peu de limitations objectivement constatées.

E. 32

Par décision du 21 octobre 2011, l'OAI a retenu que l'assuré avait exercé une activité indépendante de chauffeur de taxi du 1er novembre 2005 au 31 décembre 2007, date à laquelle il avait cessé cette activité, en raison de son atteinte à la santé. Il était vraisemblable

que, sans cette dernière, il aurait continué à exercer son activité professionnelle indépendante et il avait donc un statut d'indépendant. Se fondant sur l'évaluation faite par le SMR, l'OAI retenait que, dès le mois de juillet 2008, l'exigibilité médicale était de 0% dans son activité habituelle de chauffeur de taxi et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Le délai de carence d'une année ouvrant droit à des prestations de l'assurance invalidité avait pris fin en juillet 2009. En travaillant à 70% dans une activité simple et répétitive de niveau 4 (ESS de l'année référence, tableau TA1 pour un homme), l'assuré aurait été en mesure de réaliser, en 2009, un salaire CHF 42'868.- en travaillant 70% et de CHF 38'582.-, après un abattement de 10%. Son revenu en tant qu'indépendant aurait été, sans invalidité, de CHF 31'304.-, en tenant compte de l'évolution de son activité, considérant qu'il avait dégagé un bénéfice de CHF 23'623.- en 2006 et de CHF 26'636.- en 2007. Le degré d'invalidité étant nul, l'assuré ne pouvait prétendre ni à des mesures professionnelles, ni à une rente.

E. 33

Le 14 novembre 2011, la docteure O _____, médecin cheffe de clinique au service de rhumatologie des HUG, a attesté avoir constaté, à l'examen clinique de l'assuré, entre onze et quatorze articulations douloureuses, ce qui témoignait d'un rhumatisme actuellement actif, justifiant une limitation partielle de sa capacité professionnelle, en particulier dans des activités comportant une charge physique importante (port de poids, travail en force), des positions assises prolongées ou des mouvements répétés des doigts.

E. 34

Par acte expédié le 18 novembre 2011, l'assuré a recouru contre la décision de l'OAI du 21 octobre 2011, concluant, notamment, à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire et à l'octroi d'une rente entière. Subsidiairement, il demandait que le calcul du degré d'invalidité se fonde, pour le revenu sans invalidité, sur le revenu moyen des chauffeurs de taxi à plein-temps et qu'un abattement supplémentaire de 25% soit admis et, enfin, que des mesures d'orientation et de reclassement professionnel soient ordonnées. Il relevait que ses mains et ses poignets étaient affectés par sa maladie rhumatismale et ses doigts présentaient des œdèmes. Le SMR reconnaissait d'ailleurs que l'appui sur les deux poignets était prohibé. Les positions prolongées assise et debout étaient également exclues. Ces limitations rendaient difficilement imaginable une quelconque activité professionnelle. L'activité de gérant mentionnée par le SMR n'était pas précise. Le manque d'implication relevé par divers intervenants aurait probablement été qualifié différemment si ces derniers avaient eu connaissance du diagnostic de dépression.

A/3920/2011 - 7/40 - Par ailleurs, le revenu sans invalidité aurait dû tenir compte des revenus qu'il aurait pu réaliser comme chauffeur de taxi en 2006 et 2007 s'il n'avait pas été affecté du rhumatisme psoriasique présent depuis 2001. Il n'avait pas supporté les médicaments qui lui avaient été prescrits. En 2003, des traitements biologiques avaient été mis en place sans succès et les anti-inflammatoires s'étaient avérés inefficaces. Sa maladie engendrait des douleurs au rachis et aux hanches, de sorte qu'en 2001, il était déjà entravé dans son activité professionnelle de chauffeur de taxi. Le recourant faisait valoir que le Dr N _____ s'était attribué la qualité de psychiatre FMH, sans être habilité à porter ce titre. Son anamnèse était incomplète, en particulier en raison du fait qu'il ne tenait compte ni d'une tentative de suicide survenue à l'adolescence, ni de l'aggravation de son état psychique décrite par son psychiatre. La Dre O _____ avait constaté le 14 novembre 2011

un rhumatisme actuellement actif pour lequel un nouveau traitement biologique était préconisé. Elle avait également relevé qu'il souffrait d'un état dépressif marqué, et que le port de charges, les positions assises prolongées et les mouvements répétés des doigts étaient exclus. La Dre M_____, qui n'était pas rhumatologue, n'avait pas tenu compte des limitations fonctionnelles constatées lors de l'examen ergothérapeutique. Elle se contentait de l'analyse des radiographies, qui ne permettaient pas à elles seules d'évaluer l'évolution de la maladie. Le médecin du SMR ne mentionnait pas non plus le fait qu'il n'avait pas répondu aux traitements entrepris, que sa maladie touchait également ses doigts et qu'elle se manifestait par crises.

E. 35

Par réponse du 15 décembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il soulignait l'absence d'implication du recourant et le fait qu'il n'avait pas demandé d'aide au placement, alors que cette mesure lui avait été accordée. La condition subjective à l'octroi de mesures d'ordre professionnel faisait ainsi défaut. Il n'était pas établi que l'état de santé du recourant ait affecté sa capacité de travail avant 2008. Partant, l'intimé pouvait se fonder sur les revenus réalisés par celui-ci en 2006 et 2007 pour définir le revenu sans invalidité. Même en tenant compte d'un revenu statistique pour le transport de personnes (TA7, niveau 4 en 2008), le degré d'invalidité n'ouvrirait pas le droit à des prestations. L'abattement de 10% était lié à la réduction du taux d'activité. Aucun autre critère reconnu par la jurisprudence ne permettait une réduction supplémentaire.

E. 36

Par courrier du 30 janvier 2012, le recourant a informé la chambre de céans qu'il était suivi par le docteur P_____, rhumatologue, depuis novembre 2011. Dans un rapport du 23 janvier 2012 joint à ce courrier, le Dr P_____ indiquait que l'assuré était venu le consulter le 7 décembre 2011 et qu'il lui avait demandé d'être son médecin traitant. L'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas de travailler, même dans une activité adaptée. Il présentait une atteinte articulaire inflammatoire

A/3920/2011 - 8/40 - au niveau des pieds et des épaules qui rendait difficile les déplacements et les mouvements des membres supérieurs.

E. 37

Le 10 février 2012, l'intimé a conclu au renvoi du dossier en vue d'une instruction complémentaire, sur la base d'un avis rédigé par la docteure Q_____ du SMR du jour précédent, constatant, vu le rapport du Dr P_____ du 23 janvier 2012 et celui de la Dre R_____ du 14 novembre 2011, qu'il y avait manifestement une aggravation de l'état de santé de l'assuré depuis juillet 2011.

E. 38

Le 20 février 2012, le recourant s'est opposé au renvoi du dossier à l'administration et a requis que le juge fasse lui-même procéder à une expertise, qui devait également porter sur les aspects psychiques de son état de santé.

E. 39

Le 4 mai 2012, la chambre de céans a ordonné une expertise bi-disciplinaire et commis à cette fin les docteurs S_____, rhumatologue, et T_____, psychiatre. Ces derniers ont fondé leur rapport du 12 septembre 2012 sur des examens cliniques, effectués les 15 et 18 juin

2012. Sur le plan rhumatologique, l'expertise mentionne, dans l'anamnèse, que les arthrites dont souffrait l'expertisé avaient récidivé en 2008, raison pour laquelle il avait été mis en arrêt travail en juillet de cette année-là. Il n'avait plus repris le travail depuis lors. Depuis 2009, l'assuré était suivi par les HUG. Dans le courant 2010, les symptômes s'étaient aggravés de manière importante avec une atteinte inflammatoire polyarticulaire touchant principalement les mains, les pieds, l'épaule droite, avec des douleurs du rachis. L'assuré avait été hospitalisé en janvier 2011 aux HUG et les atteintes articulaires inflammatoires avaient été confirmées par échographie. Lors de ce séjour, une évaluation par un ergothérapeute concluait que les douleurs restaient un obstacle majeur à la reprise d'une activité professionnelle. Dans un rapport du 21 mars 2011, le Dr D_____ avait constaté que la maladie était toujours active et que la capacité travail était très limitée. Le 14 novembre 2011, la Dre O_____ avait signalé que les articulations étaient tuméfiées au niveau des mains et des pieds. Depuis fin 2011, l'assuré était suivi par le Dr P_____. Sous discussion, les experts relevaient que depuis juillet 2008, la maladie de l'expertisé était fluctuante avec des périodes inflammatoires et des périodes plus calmes. Depuis fin 2011, la maladie était à nouveau plus active. L'expertisé répondait mal à tous les traitements entrepris et aux traitements introduits avec une maladie qui restait très active. Sa capacité de travail était pour l'instant nulle et ce, depuis juillet 2008. Il y avait des fluctuations dans l'activité de la maladie, avec des périodes moins inflammatoires, ce qui semblait avoir été le cas au début 2010 et peut-être lors de l'examen du SMR de juillet 2011 qui avait décrit seulement cinq articulations tuméfiées. Depuis fin 2011 en tout cas, comme lors de l'hospitalisation début 2011, la maladie était nettement plus active. Sur le plan psychiatrique, la dépression dont souffrait l'expertisé était qualifiée de grave. Ce trouble existait depuis fin 2008 au moins et s'était progressivement aggravé. La diminution de la capacité de travail, en raison des affections psychiatriques, était survenue dès 2009, avec une aggravation en mars 2010.

A/3920/2011 - 9/40 - L'amélioration constatée dans le rapport du SMR, en été 2011, ne paraissait pas probable. En consilium, les experts ont retenu l'existence d'une incapacité de travail entière dans l'activité habituelle comme dans toute activité depuis juillet 2008.

E. 40

Par arrêt du 3 décembre 2012 (ATAS/1454/2012), la chambre de céans, se fondant sur les résultats de l'expertise, a admis le recours, annulé la décision du 21 octobre 2011, dit que le recourant avait droit à une rente entière à compter du 1er février 2010 et renvoyé la cause à l'intimé pour qu'il procède au calcul de la rente.

E. 41

L'OAI a interjeté recours contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral, le 22 janvier 2013.

E. 42

Par arrêt du 1er juillet 2013, le Tribunal fédéral a admis le recours de l'OAI, annulé l'arrêt de la chambre de céans et renvoyé la cause à cette dernière pour qu'elle fasse procéder à une nouvelle expertise et rende un nouveau jugement. Il considérait que la chambre de céans avait rendu une décision arbitraire en se ralliant à la conclusion des Drs T_____ et S_____, selon laquelle le recourant avait présenté, à partir de juillet 2008, une incapacité de travail totale en raison de nombreuses limitations fonctionnelles, engendrées par des atteintes touchant de multiples articulations, surtout les pieds et les mains, ainsi que par des rachialgies et d'un état dépressif sévère. Les importantes restrictions retenues par ces

médecins en lien avec l'état de santé physique de l'assuré découlaient d'observations cliniques faites à un moment où, selon eux, sa maladie rhumatologique était dans une phase particulièrement active et il ne ressortait pas de leur rapport que de telles limitations auraient existé depuis 2008. Les Drs T_____ et S_____ avaient au contraire relevé que l'atteinte avait été fluctuante depuis 2008 et peu active en 2009. Ils avaient en outre précisé qu'une IRM lombaire et du bassin effectuée en janvier 2010 avait été décrite comme sans particularités, que le bilan biologique était alors normal, sans syndrome inflammatoire, et qu'une échographie des mains réalisée à cette époque avait montré uniquement quelques discrètes synovites. Du point de vue psychiatrique, les constatations cliniques des experts, particulièrement succinctes, étaient peu affirmatives et étayées, pour l'essentiel, par les plaintes subjectives de l'assuré. De plus, la discussion du cas consistait presque exclusivement en un résumé – parfois brièvement commenté – d'avis exprimés par d'autres médecins, les Drs T_____ et S_____ - ne se référant à leurs propres constatations que pour retenir – sans la motiver – une aggravation depuis le moment où le SMR avait examiné l'assuré et souligner l'importance de ses limitations fonctionnelles somatiques.

E. 43

Par ordonnance du 22 janvier 2014, la chambre de céans a confié une expertise rhumatologique et psychiatrique aux docteurs U_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, et V_____, FMH en maladies rhumatismales et médecine interne.

E. 44

Après avoir reçu le recourant dans son cabinet le 1er mai 2014, examiné l'ensemble du dossier et complété le dossier radiologique antérieur par un bilan effectué à l'Hôpital de La Tour le 8 mai 2014, le Dr V_____ a rendu son rapport le 26 mai

A/3920/2011 - 10/40 - 2014. Il a posé les diagnostics d'arthrite psoriasique, HLA-B27 négatif, de forme périphérique et de rachialgies dorsale et lombaire (sans relation avec le diagnostic précédent) non inflammatoires. L'expert considérait qu'une amélioration de l'état de santé de l'assuré était possible tout en reconnaissant que le rhumatisme avait été, jusque-là, relativement résistant aux traitements entrepris et qu'on ne disposait pas, à l'heure actuelle, d'un recul suffisant pour pouvoir juger de l'efficacité d'une nouvelle médication (Xeljanz) prescrite par le Dr P_____.

Les limitations fonctionnelles engendrées par l'affection somatique étaient une difficulté à la marche et une discrète boiterie et une discrète diminution de la mobilité rachidienne. Au vu du jeune âge de l'assuré, une prise en charge de ses problèmes rachidiens devait permettre une récupération de ses capacités physiques à ce niveau.

L'expert estimait difficile de se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré en tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Lorsque celui-ci avait été examiné par la Dre S_____, sa maladie était en poussée inflammatoire et sa capacité était, à ce moment-là, considérée comme nulle. En revanche, lorsqu'il avait lui-même examiné le recourant, le 1er mai 2014, la discrétion de l'atteinte articulaire permettait d'envisager une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. L'atteinte à la capacité de travail remontait à 2008 avec de très importantes fluctuations.

Prenant position sur l'avis exprimé par le Dr P_____ dans son rapport du 23 janvier 2012, le Dr V_____ a indiqué que celui-ci reflétait la situation qui prévalait au début de l'année 2012. Celle-ci était caractérisée par une atteinte inflammatoire des deux épaules et des deux

pieds qui pouvait expliquer que le Dr P_____ ait considéré que son patient ne pouvait pas travailler, même dans une activité adaptée.

Interrogé sur d'éventuelles mesures de réadaptation, le Dr V_____ a indiqué qu'il lui paraissait évident que l'assuré pouvait difficilement exercer son ancienne profession de chauffeur de taxi lors des périodes d'exacerbation aiguë et qu'en conséquence, une réadaptation professionnelle devait être entreprise pour lui permettre de retrouver une activité.

Enfin, l'expert a conclu son rapport en observant que la difficulté de traitement rencontrée dans nombre de maladies rhumatismales, en particulier celle présentée par le recourant, résidait dans leur caractère cyclique intermittent avec des périodes relativement peu inflammatoires suivies par des poussées aiguës qui rendaient alors la situation difficile et l'éventuelle reprise d'une activité très aléatoire. Toutefois, comme un nouveau traitement prometteur avait été introduit depuis janvier, l'expert proposait de réévaluer la situation à trois mois. S'agissant des douleurs rachidiennes dorsolombaires, sans relation avec le rhumatisme psoriasique, il était important que le recourant soit pris en charge dans une école du dos.

A/3920/2011 - 11/40 -

En charge du volet psychiatrique de l'expertise, le Dr U_____ a reçu le recourant le 7 mai 2014 pour un entretien d'une heure et demie. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail.

Invités à se prononcer en consilium, les Drs V_____ et U_____ ont mentionné que l'activité de chauffeur de taxi n'était plus exigible de l'assuré depuis mai 2008, mais qu'une activité adaptée était raisonnablement exigible depuis mai 2014 à un taux de 70%, sous réserve d'une nouvelle exacerbation de la maladie. Ils ont ajouté qu'en mai 2014, la diminution de rendement était modérée et que des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables.

E. 45

Par acte du 14 juillet 2014, le recourant a considéré que l'expertise des Drs V_____ et U_____ se focalisait sur son état de santé au moment de l'expertise et ne prenait pas en compte les fluctuations de sa maladie rhumatismale sur la capacité de travail exigible à travers le temps. Même si on pouvait envisager ponctuellement une reprise dans une activité adaptée à 70% lors d'une phase très peu inflammatoire de la maladie, cette appréciation demeurait purement théorique si, immédiatement après, une nouvelle phase aiguë se traduisait par une incapacité de travail complète. De telles fluctuations rendaient impossible l'exercice pérenne d'une activité professionnelle, de sorte qu'une rente d'invalidité entière s'imposait.

Le recourant a produit un courrier du Dr P_____ du 7 juillet 2014, dans lequel ce dernier indiquait avoir constaté, à chaque consultation, soit au moins deux fois par mois, que l'état de santé de l'intéressé était absolument imprévisible et qu'il était par conséquent illusoire de définir une capacité de travail stable dans un temps défini, ajoutant que la capacité de travail était actuellement nulle dans toutes activités. Comme l'assuré faisait des crises d'arthrite de la cheville gauche ou du quatrième orteil gauche au minimum une, voire deux fois, par mois et que les crises duraient au moins sept jours, il était illusoire d'envisager une capacité de travail, le recourant devant se mettre en arrêt de travail sept voire quatorze jours

par mois. Plusieurs traitements médicamenteux avaient dû être stoppés à cause d'une réaction allergique. Il ne lui restait que la cortisone pour traiter les crises, ce qui était loin d'être optimal et expliquait probablement la fréquence des crises.

E. 46

Par acte du 15 juillet 2014, l'intimé, se référant à l'avis du SMR du 30 juin 2014, a considéré que l'expertise des Drs V_____ et U_____ était concluante.

Dans leur avis précité, les docteurs W_____ et X_____, médecins SMR, ont indiqué que, sur le plan psychiatrique, on pouvait retenir un trouble dépressif récurrent, d'intensité légère depuis 2008, sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité de chauffeur de taxi, de 70% dans une activité adaptée dès mi-2008, de 0% dès septembre 2012 (date de l'expertise des Drs S_____ et T_____) et à nouveau de 70% dès mai 2014. Enfin, ils ont relevé que l'état de santé du recourant devrait se stabiliser, voire s'améliorer, suite à l'introduction d'un nouveau traitement anti- rhumatismal.

A/3920/2011 - 12/40 -

E. 47

Le 18 septembre 2014, le Dr P_____ a indiqué à la chambre de céans que les crises de l'assuré avaient tendance à augmenter et que les traitements d'anticorps avaient été stoppés le 22 septembre 2014, en raison d'une allergie aux médicaments. Aucun travail adapté n'était exigible actuellement.

E. 48

Le 29 octobre 2014, Dr V_____ a indiqué à la chambre de céans qu'il confirmait l'appréciation de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée faite par les Dres M_____ et S_____ ainsi que les dates et taux d'exigibilité d'une activité adaptée retenus par le SMR le 30 juin 2014. Les crises dont le Dr P_____ faisait état, le 7 juillet 2014, correspondaient bien à des exacerbations de la maladie, mais il était tout à fait inhabituel qu'elles surviennent tous les sept à quatorze jours. Il ne ressortait pas du rapport du Dr P_____ que ces crises étaient objectivées médicalement. Un arrêt de travail ne se justifiait que si la crise concernait l'ensemble du système articulaire, ce qui était rarement le cas, étant relevé que lors de l'examen de l'assuré, l'atteinte articulaire ne concernait qu'une seule articulation. Invité à dire si les crises mentionnées par le Dr P_____ entraînaient effectivement une incapacité de travail complète dans toute activité, le Dr V_____ a répondu que le taux de l'incapacité dépendait de l'intensité et de la durée de chaque crise. Une durée de sept à quatorze jours d'arrêt de travail par mois ne lui paraissait pas justifiée. Une fois chaque crise passée, la capacité de travail exigible revenait à 70%. Au regard des limitations fonctionnelles et des fluctuations de l'état de santé du recourant, le Dr V_____ considérait qu'un travail sédentaire était tout à fait exigible de l'assuré, sauf s'il impliquait une contrainte mécanique (activités de force). La diminution de rendement dépendait du contrôle de la maladie ainsi que de la fréquence et de l'intensité des crises. Un contrôle satisfaisant de la maladie par un traitement adapté devrait permettre, selon lui, une diminution de rendement d'environ 30%, comme l'avaient indiqué les Dres M_____ et S_____.

E. 49

Par acte du 19 novembre 2014, l'intimé s'est référé entièrement à un nouvel avis du SMR du 13 novembre 2014, lequel faisait suite aux précisions données par le Dr V_____ le 29 octobre 2014. Le SMR constatait que le Dr V_____ ne modifiait pas les conclusions de son expertise et maintenait en conséquence son avis du 30 juin 2014.

E. 50

Le 26 novembre 2014, le recourant a fait valoir que le rapport complémentaire du Dr V_____ du 29 octobre 2014 reposait sur un simple postulat, à savoir qu'il serait « tout à fait inhabituel » que les crises surviennent tous les sept à quatorze jours, et sur un doute, la question de savoir si les crises avaient été « objectivées médicalement ». Ces deux critiques étaient sans fondement. S'il fallait retenir, à l'instar du Dr V_____, une capacité de travail de 70% entre les crises, l'exigibilité, au sens juridique du terme, resterait nulle. Il estimait en conséquence avoir droit à une rente entière d'invalidité.

A/3920/2011 - 13/40 - 51. Dans un rapport du 25 novembre 2014, le Dr P_____ a indiqué que c'était à partir du 8 avril 2014 qu'il avait constaté que le recourant connaissait des crises, en moyenne deux fois par mois, et que celles-ci avaient été objectivées, chaque fois, par lui-même. Une fréquence de sept à quatorze jours n'était pas inhabituelle pour des rhumatismes palindromiques, tels que celui présenté par le recourant. Contrairement au Dr V_____, le Dr P_____ ne considérait pas que seule une crise affectant l'ensemble du système articulaire était à même de justifier un arrêt de travail. En effet, les crises articulaires au niveau des orteils étaient particulièrement douloureuses. Elles empêchaient le malade de se déplacer et, la plupart du temps, l'obligeait à s'aliter. Les crises présentées par l'assuré ressemblaient par leurs caractéristiques à des crises de goutte. En cas de crise, qui dans l'immense majorité des cas ne concernait qu'une seule articulation, il s'agissait d'une urgence, car les douleurs sont maximales. À chaque fois, un arrêt de travail était nécessaire pour quatre (ou cinq) à sept jours. 52. Par arrêt du 19 janvier 2015 (ATAS/27/2015), la chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré, en se fondant sur l'expertise des Drs V_____ et U_____. 53. Le recourant a recouru au Tribunal fédéral le 27 février 2015 contestant la valeur probante de l'expertise du Dr V_____ et le calcul du degré d'invalidité. 54. Dans son arrêt du 3 novembre 2015 (9C_153/2015), le Tribunal fédéral a admis partiellement le recours, annulé l'arrêt du 19 janvier 2015 et renvoyé la cause à la chambre de céans, avec les considérations suivantes : « Ainsi que l'a mis en évidence le recourant, il ressort sans conteste des pièces médicales versées au dossier qu'il présente depuis 2008 une atteinte à la santé dont l'évolution connaît d'importantes fluctuations. En retenant, sur la base de l'appréciation ponctuelle du docteur V_____ que le recourant avait présenté durant toute la période litigieuse une capacité résiduelle de travail de 70% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la juridiction cantonale a procédé à une appréciation des faits de la cause qui apparaît incomplète. Lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité résiduelle de travail d'une personne atteinte d'une maladie qui évolue par poussées, il convient d'intégrer dans le cadre de la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie, soit de tenir compte notamment de la fréquence et de l'intensité des poussées. Il n'est pas suffisant de se fonder sur une évaluation médicale qui ne reflète qu'une image instantanée de la situation; celle-ci doit bien au contraire tracer de manière précise l'évolution – passée et future – de la capacité de travail (...). Force est de constater que l'expertise établie par le docteur V_____ ne remplit pas cet objectif, puisque ce médecin a procédé à une évaluation momentanée de la situation alors que le recourant se trouvait dans une phase calme de la maladie. Il convient donc d'admettre que la capacité de travail de

70% retenue par cet expert représente le taux maximum que le recourant est en mesure d'atteindre lorsqu'il est en pleine possession de ses moyens. Cette appréciation ne tient cependant pas compte des

A/3920/2011 - 14/40 - phases actives de la maladie au cours desquelles le recourant n'est pas en mesure d'exercer une activité lucrative et qui, par conséquent, viennent diminuer à intervalles réguliers sa capacité de travail globale. Même si ce médecin a souligné la difficulté à évaluer la durée de la capacité résiduelle de travail, il lui appartenait d'intégrer, dans le cadre de son appréciation globale de la capacité de travail, la problématique constituée par l'évolution fluctuante de la maladie. Il convient par conséquent d'annuler le jugement entrepris et de renvoyer la cause à la juridiction cantonale pour qu'elle en complète l'instruction. Il lui appartiendra de requérir un complément d'expertise auprès du docteur V_____, lequel devra, après s'être fait le cas échéant transmettre les observations recueillies par le docteur P_____ dans le cadre de sa prise en charge, se prononcer sur l'évolution chronologique de la pathologie et apprécier, dans une perspective à long terme, le retentissement global que celle-ci a sur la capacité de travail du recourant ». 55. Le 18 mars 2016, la chambre de céans a demandé au Dr V_____ de compléter son expertise dans le sens voulu par le Tribunal fédéral. 56. Dans son complément d'expertise du 23 mai 2016, l'expert a précisé qu'il avait, lors de son expertise du 26 mai 2014, pris contact avec le Dr P_____ concernant la chronologie des événements et que son évaluation n'était donc pas uniquement momentanée. En effet, le Dr P_____ l'avait informé que le patient avait une activité très réduite de sa maladie. Deux ans s'étaient écoulés depuis cette expertise. Il avait donc repris contact avec le Dr P_____. La situation s'était, cette fois-ci, clairement aggravée durant l'année 2015. Le diagnostic était celui de rhumatisme psoriasique décompensé. Au vu de l'évolution récente de l'état de l'expertisé, la capacité de travail était actuellement de 0%. S'agissant de déterminer depuis quand la maladie influençait la capacité de travail, l'expert mentionnait que cette dernière était modifiée depuis 2008 avec de très importantes fluctuations. Il proposait de revoir le patient à six mois pour pouvoir préciser la capacité de travail résiduelle que le patient était en mesure d'atteindre. 57. Le 17 juin 2016, le recourant a observé, qu'au vu des constatations de l'expert, une invalidité complète devait être retenue. Compte tenu de la nature même de sa maladie et des très importantes fluctuations constatées, il tombait sous le sens qu'aucune activité professionnelle n'était raisonnablement exigible et ce, tant actuellement que pour la période antérieure. En effet, il n'existait aucun poste de travail adapté à des absences chroniques et répétées en raison de poussées imprévisibles de la pathologie dont il souffrait. Même si l'on considérait que sa capacité de travail théorique pour la période antérieure au complément de rapport du Dr V_____ avait pu atteindre par périodes au maximum un taux de 70%, force était de constater qu'elle n'avait cessé d'osciller entre 0% et ce maximum, dans le contexte de fluctuations chroniques et imprévisibles, clairement incompatible avec une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il concluait à l'admission du recours et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, avec effet au 1er février 2010. Si la Cour ne devait pas parvenir à cette conclusion sur la base du dossier, il sollicitait la

A/3920/2011 - 15/40 - production par l'expert, respectivement par le Dr P_____, des observations médicales de ce dernier depuis le début de sa prise en charge, retraçant le détail des fluctuations de sa maladie jusqu'à ce jour. Bien qu'invité par le Tribunal fédéral et la chambre de céans à recueillir ces renseignements, le rapport du Dr V_____ ne contenait aucune documentation à cet égard et ne faisait mention que d'un contact

téléphonique.

À l'appui de ses observations, le recourant a transmis un rapport médical établi le 15 juin 2016 par le Dr P_____. Ce dernier y indiquait que depuis le 7 octobre 2011, l'état général du recourant n'avait jamais été bon. Il n'avait pas cessé de présenter des complications de son rhumatisme psoriasique et sa capacité de travail avait toujours été de 0% dans toute activité. 58. Le 20 juillet 2016, l'OAI, se référant à l'avis du SMR du 27 juin 2016, a observé que le complément d'expertise du 23 mai 2016 confirmait les conclusions précédentes du SMR concernant l'appréciation de la situation jusqu'en 2014. 59. Le 4 août 2016, la chambre de céans a demandé un nouveau complément d'expertise au Dr V_____, son complément du 23 mai 2016 ne permettant pas de trancher la cause, car il accordait trop d'importance à l'évolution de l'assuré postérieure à l'expertise du 26 mai 2014 et pas suffisamment à sa situation globale au moment de l'expertise. Les faits survenus postérieurement pouvaient certes être pris en considération, mais seulement dans la mesure où ils étaient de nature à influencer l'appréciation au moment où l'expertise avait été réalisée. 60. Le 6 septembre 2016, le Dr V_____ a précisé que, le 26 mai 2014, l'expertisé était dans une phase de rémission de sa maladie, ce qui avait été confirmé par un examen clinique dans les limites de la norme. La discrétion de l'atteinte articulaire pouvait faire envisager alors une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée. L'évolution avait malheureusement été tout à fait défavorable, nécessitant l'hospitalisation du patient dans le service de rhumatologie des HUG, ce qu'il avait mentionné dans son courrier du 23 mai 2016. 61. Le 15 septembre 2016, la chambre de céans a demandé au Dr V_____ de préciser s'il y avait eu une aggravation durable de l'état de l'expertisé déjà en 2015 et de se prononcer sur sa capacité résiduelle de travail depuis 2015 ainsi que depuis 2016. Il lui était encore demandé de retracer le détail des fluctuations de la maladie du recourant jusqu'à ce jour, en sollicitant si nécessaire des informations complémentaires auprès du Dr P_____. 62. Par rapport du 21 novembre 2016, le Dr V_____ a indiqué avoir pris connaissance des différents documents médicaux du dossier, repris contact avec le Dr P_____ au sujet des fluctuations de la maladie de l'assuré et avoir reçu ce dernier pour un nouvel examen le 4 novembre 2016. La situation s'était clairement aggravée durant l'année 2015. Selon les renseignements obtenus auprès du Dr P_____, la maladie évoluait depuis de nombreuses années. Le diagnostic de rhumatisme psoriasique avait été posé en 2001. L'état du patient depuis cette date avait été très fluctuant

A/3920/2011 - 16/40 - sans jamais pouvoir être stabilisé. Entre 2002 et 2016, malgré des épisodes très brefs de faible activité, la maladie n'avait jamais été sous contrôle et avait empêché la reprise des activités professionnelles du patient. Cette évolution de la maladie et l'inefficacité des traitements entrepris à ce jour pour stopper le processus inflammatoire rendaient les perspectives thérapeutiques limitées. Le pronostic pouvait être considéré, en conséquence, comme mauvais. Selon toute vraisemblance, la capacité de travail du patient ne pourrait pas être retrouvée. 63. Le 19 décembre 2016, le recourant a, au vu du rapport d'expertise complémentaire, persisté intégralement dans ses conclusions. 64. Le 25 janvier 2017, l'intimé, se fondant sur l'appréciation du SMR du 8 décembre 2016, a conclu à la confirmation de la décision litigieuse. L'aggravation de l'état de santé de l'assuré avait été rendue plausible en septembre 2015 et une capacité de travail nulle devait être retenue depuis cette date. Il s'agissait-là d'une nouvelle atteinte impliquant par conséquent un délai de carence d'une année en application de l'art. 28 al. 1 LAI. 65. Sur questions complémentaires de la chambre de céans, le Dr V_____ a précisé, le 24 février 2017, que

l'état de l'assuré avait été stable entre 2008 et septembre 2015 – soit avant la dégradation de son état – à savoir qu'il souffrait d'une arthrite psoriasique impliquant des périodes de poussées inflammatoires invalidantes et des périodes sans. En mai 2014, il avait estimé que la capacité de travail de l'assuré était de 70% hors période de poussées inflammatoires. La capacité de travail de l'assuré était nulle pendant les périodes inflammatoires. Il ne pouvait pas quantifier la durée des périodes inflammatoires pendant lesquelles l'assuré était totalement incapable de travailler en nombre de jours par mois ou par année, entre 2008 et septembre 2015, malgré un contact direct avec le Dr P_____, les précisions apportées par ce dernier n'ayant été que parcellaires. Par définition, une poussée inflammatoire était d'une durée et d'une intensité variable. Il ne pensait, en particulier, pas pouvoir retenir que l'assuré avait été en incapacité totale de travail pendant trois jours par mois pendant la période considérée (comme l'avait suggéré la chambre de céans). L'expert proposait, en conséquence, d'en rester à une capacité de travail de l'assuré de 70% hors poussées inflammatoires. Une solution éventuelle serait d'obtenir la copie de tous les certificats médicaux d'incapacité de travail établis par le Dr P_____ entre 2008 et 2015. 66. Sur la base d'un rapport du SMR du 15 mars 2017, l'OAI a relevé que la capacité de travail de 70% retenue par l'expert tenait compte des poussées inflammatoires. Cette conclusion était confortée par le rapport du Dr V_____ du 29 octobre 2014, celui du Dr M_____ du 26 juillet 2011 et celui de la Dre S_____ du 12 septembre 2012. Les périodes de poussées inflammatoires devaient être justifiées par des certificats médicaux objectifs. Le Dr V_____ avait clairement indiqué le 29 octobre 2014 qu'un arrêt de travail n'était envisageable et adapté que si la crise concernait l'ensemble du système articulaire, ce qui était rarement le cas et que, lorsqu'il avait

A/3920/2011 - 17/40 - examiné l'assuré, l'atteinte articulaire ne concernait qu'une seule articulation. L'OAI persistait en conséquence dans ses précédentes conclusions. 67. Le 16 mars 2017, le recourant a observé que le complément d'expertise du 24 février 2017 confirmait qu'il s'imposait de retenir une invalidité complète, rétroactivement depuis l'ouverture du droit à la rente, le 1er février 2010. L'expert avait déjà retenu de manière claire le 21 novembre 2016 qu'entre 2002 et 2016, malgré des épisodes très brefs de faible activité, la maladie n'avait jamais été sous contrôle et l'avait empêché de reprendre une activité professionnelle. Dans le contexte particulier de l'évaluation de la capacité résiduelle d'une personne atteinte d'une maladie qui évoluait par poussées, il convenait d'intégrer dans la réflexion la question de l'évolution dans le temps de la maladie et de tenir compte, notamment, de la fréquence et de l'intensité des poussées. C'était précisément ce qu'avait fait l'expert en parvenant à la conclusion susmentionnée. En pareille circonstance, la question de l'exigibilité ne pouvait s'apprécier de manière arithmétique en calculant la proportion entre le nombre de jours d'incapacité de travail totale (durant les poussées inflammatoires) et les jours d'incapacité partielle (hors poussées inflammatoires). Cela conduirait à une évaluation totalement artificielle de l'exigibilité, qui devait s'apprécier sur la durée et de manière aussi concrète et réaliste que possible (art. 6 LPGA). Il fallait encore déterminer s'il existait une activité professionnelle exigible entrant en ligne de compte, eu égard au caractère imprévisible de la survenance des crises, outre leur durée et leur intensité, avant d'évaluer, le cas échéant, à quel taux une telle activité serait susceptible d'être exercée. En l'espèce, compte tenu de la nature même de sa maladie et des très importantes fluctuations constatées, il tombait sous le sens qu'aucune activité professionnelle n'était raisonnablement exigible depuis l'ouverture du droit à la rente au 1er février 2010. Il n'existait pas de poste de travail sur le marché général du travail qui

permettait des absences chroniques, répétées et imprévisibles. De même, engager une personne souffrant d'une maladie telle que celle dont il souffrait exigerait de toute évidence d'un employeur des concessions manifestement irréalistes. Il y avait lieu de se baser sur les constatations du Dr P_____, qui l'avait suivi dans la durée et qui était le mieux à même d'attester de la fréquence, de l'intensité et de la durée de ses crises. Or, ce dernier avait constaté, sur la base de consultations bimensuelles, que son état de santé était absolument imprévisible et que des crises survenaient au minimum une à deux fois par mois et duraient au moins sept jours, ce qui rendait illusoire l'exercice d'une activité professionnelle quelconque. Le Dr V_____ s'était finalement rallié à cette dernière conclusion. Certes, ce dernier avait estimé qu'il était inhabituel que les crises inflammatoires surviennent tous les sept à quatorze jours, mais il n'avait pas contesté ou démenti les constatations de son confrère. Il fallait ainsi retenir que les poussées inflammatoires fréquentes dont le recourant était l'objet étaient incompatibles avec l'exercice d'une quelconque activité professionnelle, ce qui devait conduire à l'admission du recours et à l'octroi

A/3920/2011 - 18/40 - d'une rente d'invalidité entière dès le 1er février 2010.

Subsidiairement, le recourant sollicitait l'audition du Dr P_____. 68. Le 24 mars 2017, l'intimé a considéré, sur la base d'un rapport du SMR du 15 mars 2017, qu'il fallait retenir que l'état de santé du recourant avait été stable entre 2008 et septembre 2015 et que le Dr V_____ avait confirmé la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée en mai 2014. La capacité de travail de 70% retenue tenait compte des poussées inflammatoires avec une capacité de travail nulle. Cette conclusion était confortée par le complément d'expertise du Dr V_____ du 29 octobre 2014, le rapport de la Dre M_____ du 26 juillet 2011 et celui de la Dre S_____ du 12 septembre 2012. Dès lors, la capacité de travail de 70% dans une activité adaptée devait être confirmée jusqu'en septembre 2015. Il était arbitraire de fixer les poussées inflammatoires du recourant à trois jours par mois, car cette durée ne ressortait pas du dossier et n'était corroborée par aucune pièce médicale. Le Dr V_____ avait indiqué clairement que les renseignements fournis par le Dr P_____ ne lui permettaient pas de quantifier de façon précise les incapacités de travail en nombre de jours par mois ou par année et que l'arrêt de travail n'était envisageable et adapté que si la crise concernait l'ensemble du système articulaire, ce qui était rarement le cas et que, lorsqu'il avait examiné l'assuré, l'atteinte articulaire ne concernait qu'une seule articulation. L'OAI maintenait en conséquence ses conclusions du 25 janvier 2017. Selon l'avis médical établi par la docteure Y_____, médecin SMR, le 15 mars 2017, il fallait s'en tenir à l'appréciation du Dr V_____, à savoir qu'il était tout à fait inhabituel que les crises surviennent tous les sept à quatorze jours et que la diminution de rendement de 30% tenait compte du contrôle de la maladie, de la fréquence et de l'intensité des crises. Ce complément d'expertise ne permettait pas de modifier l'appréciation du SMR, qui confirmait une capacité de travail de l'assuré de 70% dans une activité adaptée jusqu'en septembre 2015, puis nulle dans toute activité dès septembre 2015. 69. Lors d'une audience du 5 juillet 2017, le conseil du recourant, interpellé sur une éventuelle extension de l'objet du litige, a indiqué qu'il fallait que tout s'arrête et que son client était « au bout du rouleau ». Il était ouvert à une extension de la procédure pour trouver une solution globale à cette affaire. La représentante de l'OAI a également donné son accord à une extension du litige. Les deux parties ont admis que l'assuré était totalement incapable de travailler dès septembre 2015. 70. Le 30 août 2017, l'OAI a fait valoir que la décision litigieuse devait être confirmée, dans la mesure où l'aggravation de l'état de santé avancée par le Dr P_____ était postérieure à celle-ci. Il ne transigeait pas en ce qui concernait le droit aux prestations. Néanmoins, compte tenu de

l'état du dossier, des échanges en cours et de la situation médicale, il avait soumis le dossier au SMR pour qu'il procède à une appréciation globale de l'état de santé du recourant, compte tenu des conclusions des Drs V_____ et P_____, notamment quant à la durée des poussées inflammatoires et les capacités de travail retenues par l'un et l'autre. Le SMR

A/3920/2011 - 19/40 - s'était prononcé par avis du 25 juillet 2017 et l'OAI se ralliait à son avis. Il en ressortait principalement que, pour la période allant de fin 2011 (postérieurement à la décision litigieuse) jusqu'en août 2015 (aggravation reconnue dès septembre 2015), la capacité de travail globale de l'assuré dans une activité adaptée ne pouvait pas être inférieure à 50%. La question de la possibilité concrète pour l'assuré de trouver un travail ne portait pas sur la période de 2008 à septembre 2015. En effet, la décision litigieuse devait être confirmée – au moment où elle avait été rendue – en retenant une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, référence faite au rapport d'examen du SMR du 26 juillet 2011. L'activité de gérant était à ce moment-là encore adaptée. Il convenait dès lors d'admettre que le recourant pouvait exercer sans restriction une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit bon nombre d'activités de surveillance, de contrôle et dans l'industrie légère notamment, principalement à l'établi. Les ESS TA1, tous secteurs confondus, pour une activité avec des tâches physiques ou manuelles simples (niveau 1) pouvaient être retenues. Cette valeur statistique s'appliquait en principe à tous les assurés qui ne pouvaient plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle était physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservaient néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique était suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalide, dès lors qu'il recouvrait un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatible avec les limitations fonctionnelles présentées. L'OAI n'était dès lors pas tenu de décrire avec précision les activités exigibles. En effet, il convenait d'admettre que le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif était adapté aux limitations du recourant et accessible sans aucune formation particulière, étant rappelé qu'il n'y avait pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettait au recourant de retrouver un emploi. 71. Selon l'avis médical établi le 25 juillet 2017 par la docteure Z_____, du SMR, les perspectives thérapeutiques restaient limitées à ce jour et le pronostic était mauvais. Prenant en compte les indications données par le Dr P_____, selon lesquelles son patient présentait des poussées fréquentes pouvant durer entre sept et quatorze jours, et le fait que le Dr V_____ considérait que, dans une activité strictement adaptée et en-dehors des poussées, il existait une capacité de travail résiduelle de 70% et que lors des périodes de poussées inflammatoires la capacité de travail était nulle, le SMR s'éloignait de l'avis de l'expert quant au taux de la capacité de travail globale du recourant. En effet, si l'on tenait compte de la durée des poussées avec une capacité de travail pratiquement nulle, il était difficilement concevable que l'assuré puisse dépasser, d'un point de vue médico-théorique, une capacité de travail de 50%. Le SMR estimait que le taux global retenu par l'expert était surestimé, mais comme lui, il considérait qu'il existait une capacité de travail dans une activité adaptée, laquelle ne pouvait être inférieure à 50% et ce, au moins

A/3920/2011 - 20/40 - depuis fin 2011, lorsque l'aggravation de l'état de santé avait été attestée par le Dr P_____ postérieurement à la décision du 21 octobre 2011. Dès septembre 2015, la capacité de travail était nulle. 72. Le 21 septembre 2017, le recourant a persisté

dans les termes de ses précédentes écritures. L'avis du SMR, en tant qu'il proposait de retenir une capacité résiduelle de travail théorique de 50% depuis fin 2011, et non pas 2008, se heurtait à l'avis du Dr V_____, qui attestait d'un état inchangé entre 2008 et septembre 2015. Il s'écartait également de celui du Dr P_____ qui avait indiqué suivre le recourant depuis octobre 2011 et attestait d'une capacité de travail nulle. Le Dr V_____ s'était finalement rallié à ce constat dans son rapport du 21 novembre 2016, au vu de l'analyse de l'évolution chronologique de sa pathologie. 73. Lors d'une audience du 18 octobre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions et demandé qu'il soit statué sans plus attendre sur son droit à une rente d'invalidité dès septembre 2015, période pour laquelle l'OAI avait admis une incapacité totale de travail. La représentante de l'intimé s'est opposée à cette conclusion, car une telle décision ne pourrait pas être exécutée, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, dès lors qu'une partie du litige était encore en cours devant un tribunal. 74. Par courrier du 18 octobre 2017, la chambre de céans a demandé aux Établissements Publics pour l'Intégration (ci-après : les ÉPI) de lui donner son point de vue sur la question de savoir si le recourant pouvait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail dans un marché équilibré du travail ou si cela paraissait irréaliste, étant rappelé qu'il souffrait d'un rhumatisme psoriasique, qu'il avait exercé une activité indépendante de chauffeur de taxi du 1er novembre 2005 au 31 décembre 2007 et qu'entre la fin de l'année 2011 et le 31 août 2015, sa maladie était cyclique, avec des périodes relativement peu inflammatoires, lors desquelles la capacité de travail était de 70%, suivies par des périodes de poussées inflammatoires aiguës, lors desquelles la capacité de travail était de 0%. 75. Le 7 novembre 2017, les ÉPI ont informé la chambre de céans qu'il leur paraissait vraisemblable qu'aucun employeur ne serait prêt à engager quelqu'un ayant un taux d'absentéisme (imprévisible) de cette ampleur. Cela impliquerait des concessions irréalistes. Cette prise de position ne pouvait toutefois remplacer celle des spécialistes du marché du travail, à savoir les représentants de l'office cantonal de l'emploi (ci-après : l'OCE). 76. Le 30 novembre 2017, la directrice de l'OCE a informé la chambre de céans qu'il n'était pas possible à l'OCE de se prononcer sur sa requête (similaire à celle adressée aux ÉPI). En effet, l'OCE n'avait jamais eu de contact avec la personne concernée et ne possédait aucune information sur son parcours personnel et professionnel ainsi que sur les restrictions médicales. Il n'était dès lors pas possible de se prononcer sur une cible professionnelle potentielle. Cela étant, on pouvait

A/3920/2011 - 21/40 - s'interroger sur le nombre d'employeurs potentiels qui seraient disposés à engager et à garder au-delà de la période d'essai un collaborateur dont l'état de santé était imprévisible et impliquait de nombreuses absences chaque mois. 77. Le 7 décembre 2017, le recourant a rappelé que, de jurisprudence constante, on ne pouvait se fonder sur des possibilités de travail irréalistes pour retenir un gain d'invalidité. En effet, on ne pouvait parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne pouvait être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existait pas pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice supposait de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semblait exclu de trouver un emploi correspondant. En l'occurrence, tant l'appréciation des ÉPI que celle de l'OCE confirmaient qu'il n'existait pas de possibilité de travail exigible pour lui, car en raison du caractère imprévisible et fluctuant de sa maladie et de l'absentéisme qui en découlait, son engagement supposait des concessions irréalistes de la part de tout employeur. L'avis du SMR sur lequel se fondait l'intimé, en tant qu'il proposait de retenir une capacité résiduelle de travail théorique de 50% depuis fin 2011 (et non pas 2008) se heurtait à l'avis du Dr

V_____, qui attestait d'un état inchangé entre 2008 et septembre 2015, dans son rapport du 24 février 2017. Il s'écartait également de celui du Dr P_____ qui, quant à lui, avait indiqué suivre le recourant depuis octobre 2011 et attesté d'une capacité de travail nulle, étant rappelé que le Dr V_____ s'était finalement rallié à ce constat le 21 novembre 2016. 78. Le 5 janvier 2018, l'OAI a constaté que les ÉPI n'avaient pas pu prendre position et qu'ils indiquaient clairement qu'il s'agissait d'un problème d'emploi pour lequel il appartenait aux spécialistes de l'OCE de se prononcer. Dès lors, ils avaient reconnu ne pas être compétents pour se prononcer. Quant à l'OCE, il avait indiqué ne pas pouvoir non plus se prononcer, sans exclure une possibilité d'emploi. À cet égard, l'OAI rappelait qu'il n'avait pas, à la différence de l'assurance-chômage, à tenir compte des particularités du monde du travail actuel. Les difficultés que le recourant pouvait rencontrer sur le marché du travail étaient des facteurs étrangers à l'invalidité. L'assurance-invalidité avait vocation à couvrir la perte de la capacité de gain et non pas la seule perte de gain. Il n'y avait pas lieu, dans ce contexte, d'examiner si une personne invalide pouvait être placée eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement si elle pouvait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle, lorsque les places de travail disponibles correspondaient à l'offre de la main d'œuvre. Ainsi, les courriers des ÉPI et de l'OCE n'étaient pas de nature à modifier son appréciation du cas. La capacité de travail de 50%, déjà réduite pour tenir compte de l'atteinte à la santé et les crises qui pouvaient survenir, était objectivement exigible et il existait suffisamment d'activités légères dans le marché du travail qui étaient compatibles avec les limitations fonctionnelles de l'assuré et qui n'impliquaient pas de formation complémentaire (pour la période allant de fin 2011 à août 2015). L'on ne pouvait parler de caractère irréaliste des possibilités de travail au vu des

A/3920/2011 - 22/40 - circonstances du cas d'espèce. Compte tenu de l'âge de l'assuré (32 ans fin 2011), de son parcours professionnel, de son expérience et de sa capacité d'adaptation (CFC dans la restauration qui était une activité adaptée et diplôme de taxi), ainsi que de la nature de ses limitations fonctionnelles, il ne pouvait être admis qu'un employeur potentiel ne consentirait objectivement pas à l'engager. Par ailleurs, s'agissant du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire – qui n'étaient pas excessives au vu de l'âge –, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (rétrospectivement environ cinq ans), il convenait d'admettre que l'assuré était employable au sens de l'AI à 50% dans une activité adaptée. L'OAI maintenait donc intégralement ses conclusions. 79. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. La recevabilité du recours a déjà été admise par arrêt du 3 décembre 2012 (ATAS/1454/2012), il n'y a pas lieu d'y revenir. 2. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). b. L'objet du litige dans la procédure administrative est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques

déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). c. La procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références). Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont les suivantes: la question (excédant l'objet de la

A/3920/2011 - 23/40 - contestation) doit être en état d'être jugée; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties doivent être respectés (arrêt du Tribunal fédéral 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). d. En l'espèce, le recours porte sur la décision rendue le 21 octobre 2011 par l'OAI, qui refusait à l'assuré le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Les parties ont accepté l'extension de l'objet du litige lors de l'audience du 5 juillet 2017 et admis que l'assuré était totalement incapable de travailler dès septembre 2015. Il se justifie, en l'espèce, de trancher le droit aux prestations de l'assuré jusqu'à ce jour, dans la mesure où cette question, qui excède l'objet de la contestation, est en état d'être jugée, qu'il existe un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige, que l'administration s'est prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins et que le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne fait pas l'objet d'une décision passée en force de chose jugée et les droits procéduraux des parties ont été respectés. L'objet du litige porte ainsi sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, à la suite de sa demande du 17 août 2009 jusqu'au 21 octobre 2011, ainsi que du 22 octobre 2011 au 31 août 2015 et dès le 1er septembre 2015. 3. 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). 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). 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).

A/3920/2011 - 24/40 - 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). 4. 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). 5. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale. Il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise (ATF 125 V 351 consid. 3a 3b/aa p. 352 et les références). c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

A/3920/2011 - 25/40 - avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). d. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales,

lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). e. 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). f. Un rapport du SMR, 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 6. 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

A/3920/2011 - 26/40 - 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). 7. 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). 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). 8. En vertu des 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 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) 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 LPG.

A/3920/2011 - 27/40 - 9. Pour les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. 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 30 consid. 1, 104 V 136 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). 10. a. 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). b. Pour un indépendant, tout comme pour un salarié, le revenu sans invalidité est celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPG auquel renvoie l'art. 28a al. 1 LAI). Pour la détermination de ce revenu hypothétique, il faut en principe se référer au dernier salaire qu'il a obtenu avant l'atteinte à la santé pour autant que rien n'amène à conclure qu'il est réduit pour des motifs subjectifs à un niveau inférieur à celui qu'il pourrait réaliser s'il n'était pas devenu invalide. S'il existe d'importants écarts avec les salaires antérieurs ou s'ils ont subi d'importantes fluctuations, le revenu sans invalidité doit être déterminé sur une plus longue période. À défaut d'indications claires, on pourra, le cas échéant, se fonder sur le revenu moyen d'entreprises similaires, sa prise en compte n'étant toutefois pas à elle seule déterminante, étant donné que d'autres composantes, comme le travail fourni par le chef d'entreprise ou ses aptitudes doivent également être prises en considération. Le revenu sans invalidité d'un indépendant ne doit pas être considéré d'une

manière statique. Ainsi, lorsque ce revenu se fonde sur le revenu imposable des années précédentes, il doit être adapté non seulement au renchérissement, mais également au développement réel du revenu (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 181/05 du 3 février 2006 consid. 2). Par ailleurs, il faut se demander quel aurait été le développement probable de l'entreprise de l'intéressé s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, ceci compte tenu de ses aptitudes professionnelles et personnelles, du genre d'activité ainsi que de la structure et de la marche de l'entreprise avant la survenance de l'invalidité. Il convient aussi de tenir compte du fait que les personnes qui se mettent à leur compte ne réalisent pas, au début de leur nouvelle activité, les mêmes revenus que des entrepreneurs établis depuis plusieurs années et qu'elles consentent souvent des sacrifices financiers importants durant cette

A/3920/2011 - 28/40 - période. En certaines circonstances, les bénéfices réalisés pendant la phase de développement d'une entreprise et encore moins les pertes ne doivent pas être pris en considération pour la détermination du revenu sans invalidité (arrêt I 121/06 du 27 avril 2006 consid. 3; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2093 et 2094). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS éditées par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). 11. a. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'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). 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). b. 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,

A/3920/2011 - 29/40 - n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). c. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif est adapté aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). d. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible, au sens de l'art. 16 LPG, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPG) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent

A/3920/2011 - 30/40 - des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations

physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). En d'autres termes, il s'agit uniquement de savoir si, compte tenu de son état de santé, il est à même d'exercer une activité déterminée sans que l'on ait à rechercher s'il va trouver un employeur disposé à lui confier ce travail. Si l'on tenait compte des fluctuations de l'offre et de la demande sur le marché du travail, on aboutirait à ce résultat qu'un assuré serait tantôt admis à bénéficier de la rente et tantôt ne le serait pas suivant que les offres d'emploi seraient peu nombreuses ou au contraire abondantes. Les décisions de l'AI finiraient d'être dépourvues de tout fondement objectif. À la différence de simples fluctuations conjoncturelles, les modifications structurelles que peut connaître le marché du travail sont des circonstances dont il faut tenir compte en matière d'assurance-invalidité. L'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou les nécessités de maîtriser les coûts salariaux pèsent sur les salariés qui doivent faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et montrer des facultés d'adaptation importantes. Dans ce contexte, des troubles importants de la personnalité peuvent constituer des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité salariée (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2112 et 2113). Le Tribunal fédéral a ainsi admis dans un arrêt 9C_984/2008 du 4 mai 2009 (consid. 5.2 et 6.2) qu'un employeur ne prendrait pas le risque d'engager une personne qui souffrait d'un grave trouble de la personnalité et qui ne pouvait exercer d'activités qu'en milieu protégé, soit dans un environnement confiné et protégé, en dehors de tout stress professionnel et social. Dans un arrêt 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 (consid. 3.3), le Tribunal fédéral a considéré que la jurisprudence précitée ne trouvait pas application s'agissant d'un cas dans lequel aucune réserve n'avait jamais été exprimée par les experts consultés au sujet de la capacité de la recourante à exercer une activité sur le marché équilibré

A/3920/2011 - 31/40 - de l'emploi. Une restriction de l'exigibilité ne pouvait découler de la simple diminution de la capacité de travail de l'intéressée. Par ailleurs, l'état dépressif de cette dernière, de degré moyen, n'empêchait pas une certaine activité professionnelle à dire d'experts. Les experts avaient pris en considération le retrait social et la difficulté de l'accessibilité thérapeutique, rendant réservé le pronostic global quant à la reprise d'activité professionnelle quelconque dans le circuit économique, avant de conclure qu'une activité adaptée à 40-50% leur paraissait exigible de la part de la recourante. L'administration n'a pas à démontrer l'existence d'offres de travail concrètes disponibles correspondant aux limitations de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C_633/2016 du 28 décembre 2016). Le Tribunal fédéral a notamment jugé qu'un marché du travail équilibré est sans conteste en mesure d'offrir des postes que l'on peut occuper avec une seule main ou un seul bras ou suite à la perte fonctionnelle d'un œil. Par ailleurs, des emplois dits « de niche » – autrement dit des postes et des travaux pour lesquels les personnes atteintes dans leur santé peuvent s'attendre à une ouverture sociale de la part de l'employeur – ne sauraient conduire à nier l'existence d'opportunités correspondantes. Il en va de même de l'exercice d'un travail auxiliaire, ceci en principe indépendamment de l'âge de l'assuré (Michel VALTERIO, op. cit, n. 2114 et 2115; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 180/05 du 16 janvier 2006;

arrêt du Tribunal fédéral 9C_95/2007 du 29 août 2007 consid. 4.3). Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (par ex. arrêt 9C_913/2012 du 9 avril 2013 consid. 5.2). 12. 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 (art. 28 al. 1 let. b LAI), 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 (art. 29 al. 1 LPGA). La rente est versée au début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

A/3920/2011 - 32/40 - L'art. 28 al. 1 LAI prévoit les conditions d'octroi de la rente. Entre autres exigences, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI établit le moment où naît le droit à la rente, soit 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. Ces dispositions s'appliquent également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations. En d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance- invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3 p. 7 et arrêt 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6). L'art. 88 bis al. 1 let. a RAI ne trouve pas application puisqu'il concerne les cas d'augmentation de prestations, ce qui suppose qu'une rente ait déjà été allouée. Or on ne se trouve pas dans le cadre d'une révision de rente, mais bien face à une nouvelle demande faisant suite à une décision précédente de refus de rente. Il s'agit dès lors de faire application de l'art. 29 al. 1 LAI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_302/2015 du 18 septembre 2015). 13. En l'espèce, le Tribunal fédéral a, le 3 novembre 2015, considéré qu'il ressortait sans conteste des pièces médicales versées au dossier que le recourant présentait depuis 2008 une atteinte à la santé dont l'évolution connaissait d'importantes fluctuations. Il a admis que la capacité de travail de 70% retenue par le Dr V_____ représentait le taux maximum que le recourant était en mesure d'atteindre lorsqu'il était en pleine possession de ses moyens, mais relevé que cette appréciation ne tenait pas compte des phases actives de la maladie au cours desquelles le recourant n'était pas en mesure d'exercer une activité lucrative et qui, par conséquent, venaient diminuer à intervalles réguliers sa capacité de travail globale. Il a renvoyé le dossier à la chambre de céans afin que celle-ci tranche le litige, après avoir demandé au Dr V_____ qu'il se prononce sur l'évolution chronologique de la pathologie du recourant et apprécie, dans une perspective à long terme, le retentissement global de celle-ci sur sa capacité de travail, après s'être fait, le cas échéant, transmettre les observations recueillies par le Dr P_____ dans le cadre de sa prise en charge. Malgré plusieurs demandes en ce sens de la chambre de céans, l'expert s'est dit dans l'impossibilité de fixer la capacité de travail résiduelle globale du

recourant en tenant compte de la fluctuation de sa maladie depuis 2008, invoquant que les informations données par le Dr P_____ étaient parcellaires et que, par définition, les poussées inflammatoires étaient d'une durée et d'une intensité variables. Il a proposé, en conséquence, d'en rester à une capacité de travail de l'assuré de 70% hors périodes de poussées inflammatoires et suggéré, comme solution éventuelle, d'obtenir la copie de tous les certificats médicaux d'incapacité de travail établis par le Dr P_____. La proposition de l'expert quant à la capacité de travail ne peut être suivie, dès lors qu'elle ne tient pas compte de l'évolution dans le temps de la maladie du recourant.

A/3920/2011 - 33/40 - 14. a. S'agissant de la période courant du mois de juillet 2008 au 21 octobre 2011, date de la décision de l'OAI, il ressort des certificats médicaux au dossier que la maladie du recourant était peu active. En 2009, il ne s'est pas soumis à un traitement médical sérieux, selon les rapports du Dr D_____ du 5 novembre 2009 et du Dr C_____ du 5 octobre 2009, ce qui rend déjà l'existence d'une atteinte inflammatoire peu plausible. Le Dr C_____ a en outre précisé, dans son rapport du 5 octobre 2009, que les affections physiques – selon les informations reçues du médecin traitant – et psychiques de l'assuré n'étaient pas sévères et qu'une réadaptation professionnelle était souhaitable. Le 18 décembre 2009, le Dr D_____ a rapporté avoir vu l'assuré le 15 précédent et qu'il existait très peu de signes objectifs pour une nouvelle biothérapie. Le 25 janvier 2010, le Dr D_____ a relevé qu'il n'existait toujours pas de syndrome inflammatoire. Le 15 mars 2010, le Dr C_____ a signalé une évolution défavorable pour le patient, mentionnant une difficulté à marcher et des effets secondaires importants du traitement médicamenteux pour les problèmes rhumatismaux. Le 27 avril 2010, ce médecin a constaté que l'état de santé de l'assuré était stable et que la reprise d'une activité professionnelle dans un domaine moins physique que celle de chauffeur de taxi était possible, étant relevé que le patient ne semblait pas très motivé pour travailler. Le 21 mars 2011, le Dr D_____ a informé l'OAI que l'assuré avait été hospitalisé du 10 au 14 janvier 2011, afin de réévaluer sa maladie. Bien qu'il ait signalé une activité importante de la maladie rhumatismale et qu'en l'état actuel une reprise du travail de chauffeur de taxi paraissait difficile, il a précisé qu'une activité adaptée aux limitations semblait envisageable, au moins à temps partiel, dans un atelier par exemple, ce à quoi concluait le rapport d'ergothérapie préprofessionnelle. Le 26 juillet 2011, la Dre M_____ a constaté peu de foyers psoriasiques chez l'assuré, précisant qu'il n'y avait pas de signe d'arthrite aiguë. Il en résulte que la maladie du recourant était peu active, avec peu ou pas de poussées inflammatoires pendant cette période, de sorte que la capacité de travail de 70% retenue par l'OAI dans sa décision du 21 octobre 2011 peut être confirmée. b. Le recourant a fait valoir dans son recours que l'OAI aurait dû prendre en compte dans son calcul du degré d'invalidité comme revenu sans invalidité le revenu moyen des chauffeurs de taxi à plein temps pour déterminer le revenu sans invalidité, car, en 2006 et 2007, il était déjà entravé dans son activité professionnelle de chauffeur de taxi par sa maladie. L'intimé estime pour sa part qu'il pouvait se fonder sur les revenus réalisés par celui-ci en 2006 et 2007 pour définir le revenu sans invalidité, en tenant compte de l'évolution de l'activité de l'assuré, car il n'était pas établi que son état de santé ait affecté sa capacité de travail avant 2008. Au vu de la jurisprudence précitée, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut en principe se référer au dernier revenu obtenu avant l'atteinte à la santé, pour autant que rien n'amène à conclure qu'il était réduit pour des motifs subjectifs à un niveau inférieur à celui que l'intéressé aurait pu réaliser s'il n'était pas devenu invalide et ce n'est qu'à défaut d'indications claires qu'il est possible de se fonder sur le revenu

A/3920/2011 - 34/40 - moyen d'entreprises similaires. En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur les revenus 2006 et 2007 et a tenu compte de l'évolution de l'activité de l'assuré – qui était en voie d'expansion – pour fixer le revenu sans invalidité. Il disposait de suffisamment d'éléments pour ne pas avoir à se fonder sur le revenu moyen d'entreprises similaires. Si la maladie du recourant était déjà diagnostiquée, il ne ressort pas des pièces au dossier que sa capacité de travail était réduite en 2006 et 2007, en raison d'une dégradation progressive de son état de santé. Le recourant a d'ailleurs indiqué, le 3 novembre 2009, dans un questionnaire pour les indépendants adressé à l'OAI, qu'avant la survenance de l'atteinte à la santé, il avait travaillé à 100% et que le temps moyen hebdomadaire consacré à l'activité de chauffeur de taxi indépendant avant l'atteinte à la santé était de 40 heures au total. c. S'agissant du revenu avec invalidité, le recourant a requis qu'il soit procédé à un abattement de 25%, et non de 10% comme l'avait fait l'OAI. Il se justifie en l'espèce de retenir un abattement de 15% pour tenir compte, non seulement des limitations fonctionnelles du recourant, prises en compte par l'OAI, mais également de la réduction du taux d'activité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_35/2015 du 19 août 2015 consid. 4.3). En retenant un tel abattement, la perte de gain et le degré d'invalidité restent nuls. En effet, le revenu sans invalidité à prendre ne compte est de CHF 31'304.- et le revenu avec invalidité de CHF 36'437.80 (70% de CHF42'868.- + abattement de 15%). Il en résulte que la décision de l'OAI du 21 octobre 2011 refusant les prestations de l'assurance-invalidité au recourant est bien fondée et doit être confirmée. À toutes fins utiles, il sera relevé que, même si l'on considérait que, par moment, la capacité de travail moyenne du recourant était plus réduite que celle retenue de 70%, en raison de poussées inflammatoires pendant la période de juillet 2008 au 21 octobre 2011, elle serait en tout cas de 50%, sans doute davantage puisque le recourant n'a eu que peu ou pas de poussées inflammatoires pendant cette période. Même si on retenait une capacité de travail globale de 50% pour cette période, cela n'ouvrirait pas au recourant le droit à une rente d'invalidité, comme cela va être démontré ci-après. 15. a. Il convient maintenant d'examiner la période postérieure à la décision du 21 octobre 2011, puisque l'objet du litige a été étendu. Les deux parties ont admis que la capacité de travail du recourant est de 0% depuis septembre 2015, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité. Il reste donc à déterminer si le recourant a droit à une rente pour la période du 22 octobre 2011 au 31 août 2015. b. Il ressort de la procédure que l'état de santé de l'assuré s'est aggravé suite à la décision de l'OAI du 21 octobre 2011. Le 14 novembre 2011, la Dre O_____ a en effet attesté avoir constaté à l'examen clinique entre onze et quatorze articulations douloureuses, ce qui témoignait d'un rhumatisme actuellement actif, justifiant une limitation partielle de sa capacité professionnelle, en particulier dans des activités

A/3920/2011 - 35/40 - comportant une charge physique importante (port de poids, travail en force), des positions assises prolongées ou des mouvements répétés des doigts. Le Dr P_____ a indiqué, dans un rapport du 23 janvier 2012, que l'état de santé de l'assuré, qu'il avait vu le 7 décembre 2011, ne lui permettait pas de travailler, même dans une activité adaptée, car il présentait une atteinte articulaire inflammatoire au niveau des pieds et des épaules qui rendait difficile les déplacements et les mouvements des membres supérieurs. Le 7 juillet 2014, le Dr P_____ a indiqué avoir constaté, à chaque consultation, soit au moins deux fois par mois, que l'état de santé du recourant était absolument imprévisible et qu'il était par conséquent illusoire de définir une capacité de travail qui serait stable dans un temps défini, ajoutant que la capacité de travail était actuellement nulle dans toutes les activités. Comme le recourant faisait des crises d'arthrite de la cheville gauche ou du quatrième orteil gauche au minimum une voire deux fois par mois et que les crises duraient

au moins sept jours, il était illusoire d'envisager une capacité de travail, le recourant devant se mettre en arrêt de travail sept voire quatorze jours par mois. Il a précisé le 25 novembre 2014 que c'était à partir du 8 avril 2014 qu'il avait constaté que l'assuré faisait des crises deux fois par mois. Le 15 juin 2016, Dr P_____ a indiqué que la capacité de travail de l'assuré était nulle depuis toujours. Cette assertion est toutefois contredite par son rapport du 7 juillet 2014, dans lequel il indiquait que le recourant avait une capacité de travail partielle en dehors des crises et que s'il retenait une incapacité totale, c'était parce qu'il estimait illusoire que le recourant puisse concrètement travailler vu les fluctuations imprévisibles de son état de santé. Il en résulte que le recourant avait encore une capacité de travail partielle sur le plan médico-théorique. Le recourant a fait valoir que le Dr V_____ s'était finalement rallié à une incapacité totale de travail du recourant le 21 novembre 2016. Dans ce rapport complémentaire, le Dr V_____ a conclu qu'entre 2002 et 2016, malgré des épisodes très brefs de faible activité, la maladie n'avait jamais été sous contrôle et avait empêché la reprise des activités professionnelles du patient. Force est toutefois de constater que cette conclusion est clairement contredite par les pièces du dossier et qu'elle n'emporte donc pas conviction. Il est en effet établi que le recourant a travaillé de 2002 à décembre 2007 et que le Dr V_____ avait lui-même fixé, dans son rapport d'expertise du 26 mai 2014, la capacité de travail résiduelle du recourant à 70%. Quoi qu'il en soit, le Tribunal fédéral a déjà jugé qu'il y avait lieu de retenir une capacité de travail de 70% hors poussées inflammatoires et de 0% pendant les poussées inflammatoires. Dans son rapport complémentaire du 29 octobre 2014, le Dr V_____ a considéré qu'il était tout à fait inhabituel que les crises surviennent tous les sept à quatorze jours et estimé qu'elles n'avaient pas été « objectivées » médicalement. Par cette

A/3920/2011 - 36/40 - considération générale, l'expert ne remet pas sérieusement en cause les informations données par le Dr P_____ sur la fréquence et la durée des crises de son patient. En effet, ce dernier a précisé de manière convaincante, le 25 novembre 2014, qu'à partir du 8 avril 2014, il avait constaté que le recourant connaissait des crises, en moyenne deux fois par mois, ajoutant que celles-ci avaient été objectivées chaque fois par lui-même. Il a précisé qu'une fréquence de sept à quatorze jours n'était pas inhabituelle pour des rhumatismes palindromiques tels que celui présenté par le recourant. Les crises présentées par le recourant ressemblaient par leurs caractéristiques à des crises de goutte. Elles étaient particulièrement douloureuses et l'empêchaient de se déplacer et, la plupart du temps, l'obligeait à s'aliter. Dans l'immense majorité des crises, une seule articulation est concernée; il s'agissait d'une urgence, car les douleurs étaient maximales et, à chaque fois, un arrêt de travail est nécessaire pour quatre à sept jours. Enfin, le Dr P_____ a indiqué qu'en moyenne, dans ces cas, la durée d'arrêt de travail médicalement justifiée était comprise entre cinq et sept jours. Il convient donc de retenir que la durée et la fréquence des crises ont été objectivées par le Dr P_____. Contrairement à ce que soutient le recourant cette appréciation ne se heurte pas à l'avis du Dr V_____, qui attestait d'un état inchangé entre 2008 et septembre 2015, dans son rapport du 24 février 2017. En effet, cet état inchangé est une maladie évoluant par crises d'intensité et de durée variables. Le Dr V_____ ne s'est en réalité pas prononcé sur la capacité de travail globale du recourant pendant cette période, vu le caractère aléatoire des crises et refusant de se fonder sur l'appréciation du Dr P_____ quant à la fréquence et la durée des crises. Il y a ainsi lieu de prendre en considération l'appréciation du Dr P_____, sans qu'il ne se justifie – comme le Dr V_____ l'a proposé – de requérir la copie de tous les certificats médicaux d'incapacité de travail établis par le Dr P_____, ce d'autant plus qu'il est probable que de tels certificats

n'ont pas été établis, dès lors que le recourant n'était pas employé lorsqu'il était suivi par ce médecin. Il n'apparaît pas nécessaire non plus d'entendre le Dr P_____ à ce sujet, car s'il n'a pas répondu plus précisément au Dr V_____, il y a tout lieu de penser qu'il ne le fera pas plus devant la chambre de céans. Il sera ainsi retenu comme suffisamment établi par les pièces du dossier que le recourant était incapable de travailler à 100% sept à quatorze jours par mois en tous les cas dès le 8 avril 2014 et à 30% le reste du temps. L'expert n'ayant pas fixé la capacité de travail moyenne du recourant, il convient de s'en tenir à la capacité de travail moyenne de 50% depuis fin 2011, fixée par la Dre Z_____ du SMR, le 25 juillet 2017. Cette capacité de travail moyenne est convaincante, car elle tient compte des périodes d'incapacité totale de travail du recourant, telles qu'elles ressortent du dossier. Face à une situation telle que la présente, fixer une capacité de travail moyenne est forcément un peu artificiel, puisque les crises du recourant étaient d'intensité et de durée variables, mais il faut

A/3920/2011 - 37/40 - trancher cette question afin de déterminer le taux d'invalidité, en s'en tenant au principe de la vraisemblance prépondérante. L'on peut ainsi retenir une capacité de travail résiduelle de 50%, dès le 14 novembre 2011, soit la date du rapport de la Dre O_____ constatant que la maladie du recourant était en phase inflammatoire. c. Il convient dès lors de procéder à un nouveau calcul du taux d'invalidité tenant compte d'une capacité résiduelle de 50% en 2011. Pour les motifs déjà exposés précédemment, c'est à juste titre que l'OAI a retenu un revenu sans invalidité de CHF 31'304.-, s'agissant du revenu avec invalidité pour 2009. Actualisé à 2011, le revenu sans invalidité à prendre en considération est de CHF 31'816.- (CHF 31'304.- x 2171 : 2136). S'agissant du salaire avec invalidité, le recourant a fait valoir que compte tenu de la nature même de sa maladie et des très importantes fluctuations constatées, aucune activité professionnelle n'était raisonnablement exigible. Il n'existait selon lui aucun poste de travail sur le marché général du travail qui permettait des absences chroniques, répétées et imprévisibles. Engager une personne souffrant d'une maladie telle que celle dont il souffrait exigerait de toute évidence d'un employeur des conciliations manifestement irréalistes. Sur le plan médical, l'assuré était en mesure de travailler en moyenne à 50% dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles entre novembre 2011 et le 31 août 2015. La nature et l'importance de sa pathologie ne constituaient pas des obstacles irrémédiables à la reprise d'un travail sur un marché, qui lui offrait un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif était adapté à ses limitations fonctionnelles et accessibles sans aucune formation particulière. On doit partir du postulat qu'il existait des emplois compatibles avec des horaires de travail irréguliers et non prévisibles sur le marché équilibré du travail, lequel implique un marché du travail présentant un éventail des activités les plus diverses, notamment, sur le plan des exigences professionnelles, et proposant même des emplois de niche. Il n'y a pas lieu de se demander si, concrètement, le recourant aurait trouvé un travail. L'on ne peut assimiler le cas du recourant à celui pour lequel le Tribunal fédéral a considéré que les troubles importants de la personnalité que le recourant connaissait constituaient des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité salariée (9C_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 5.2 et 6.2). Le recourant pouvait en effet mettre en œuvre sa capacité de travail résiduelle entre fin 2011 et août 2015, selon les rapports médicaux au dossier. Il ne souffrait en particulier pas de troubles importants de la personnalité pouvant constituer des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité salariée. Il n'y a pas lieu de suivre la détermination des ÉPI du 7 novembre 2017 – selon laquelle il leur paraissait vraisemblable qu'aucun employeur ne serait prêt à engager quelqu'un ayant un taux d'absentéisme (imprévisible) aussi important que celui du recourant –, ni celle de l'OCE, qui a indiqué qu'on pouvait

s'interroger sur

A/3920/2011 - 38/40 - le nombre d'employeurs potentiels qui seraient disposés à engager et à garder au-delà de la période d'essai un collaborateur dont l'état de santé était imprévisible et impliquait de nombreuses absences chaque mois. En effet, ces déterminations n'apparaissent pas compatibles avec la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui n'admet que très restrictivement des possibilités de travail irréalistes sur le marché du travail équilibré. La jurisprudence relative à l'évaluation de l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, qui permet de déterminer, dans le cas concret, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part, ne s'applique pas au cas d'espèce, vu le jeune âge du recourant. En conclusion, il faut retenir que le recourant pouvait mettre en œuvre sa capacité de travail sur un marché équilibré entre novembre 2011 et août 2015. Le salaire de référence à prendre en compte pour fixer le revenu sans invalidité en 2011 est de CHF 4'901.-, selon l'ESS 2010, TA1, activités simples et répétitives, niveau de qualification 4, pour un homme, dans le secteur privé, annualisé (x 12), soit CHF 58'812.-. Ce montant doit être porté à CHF 61'311.50 pour tenir compte de l'horaire de travail usuel dans les entreprises en 2011 ($58'812 \times 41.7 / 40$) et à CHF 61'881.57 indexé à 2011 ($61'311.50 \times 2171 / 2151$), ce qui correspond à un revenu de CHF 30'940.- à 50 %. Il se justifie encore de tenir compte d'un abattement de 25% sur le salaire statistique, et non de 10%, pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant, du fait qu'il ne peut travailler qu'à temps partiel et du fait que sa maladie implique des absences imprévisibles chaque mois. Ce dernier élément, qui n'a pas été pris en compte pour fixer de la capacité résiduelle de travail du recourant, est en effet susceptible d'avoir une incidence sur ses perspectives salariales. Le revenu avec invalidité à prendre en compte pour cette période, lors de laquelle le recourant a connu une phase plus active de sa maladie, s'élève donc à CHF 23'205.- ($CHF 30'940.- - 25\%$). En procédant à la comparaison des salaires sans et avec invalidité, le taux d'invalidité est de 27% ($[(CHF 31'816.- - CHF 23'205.-)] \times 100 / CHF 31'816$). Le recourant n'a ainsi pas non plus droit à une rente d'invalidité pour la période courant du 22 octobre 2011 au 31 août 2015. 16. Reste à déterminer à partir de quand il a droit à une rente entière d'invalidité, étant rappelé que les deux parties ont admis qu'il était totalement incapable de travailler dans toute activité dès le mois de septembre 2015. La capacité de gain du recourant a été fortement diminuée depuis le mois de juillet 2008 et le délai de carence d'une année ouvrant le droit à des prestations de l'assurance-invalidité a pris fin en juillet 2009 (art. 29 al. 1 let. b et c LAI). La demande de prestations de l'assurance-invalidité ayant été déposée en août 2009, le

A/3920/2011 - 39/40 - droit du recourant à une rente d'invalidité a pris naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois dès août 2009 (art. 29 al. 1 LAI), soit dès le 1er février 2010. En l'occurrence, le droit du recourant à une rente entière d'invalidité a pris naissance le 1er septembre 2015, date à laquelle le taux d'invalidité a atteint un degré suffisant, au sens de l'art. 28 al. 1 let. c et al. 2 LAI. 17. Le recourant étant actuellement en incapacité totale de travail, la question du droit à des mesures professionnelles ne se pose pas. 18. Vu la particularité du cas d'espèce – la décision initialement querellée étant confirmée et le recourant obtenant partiellement gain de cause après extension de l'objet du litige – aucun émolument ne sera perçu (art. 69 al. 1bis LAI) et des dépens, fixés à CHF 1'000.-, seront alloués au recourant à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA).

A/3920/2011 - 40/40 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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