

GE_GERICHTE ATAS/171/2018 vom 1. März 2018

GE Cour de justice, 2018-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_171_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/171/2018 du 1 mars 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/171/2018 del 1 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Est litigieux en l'occurrence le droit à une rente d'invalidité du recourant.

E. 4

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

A/4063/2017 - 15/27 -

E. 6

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales,

est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7

En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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. Par ailleurs, l'assuré doit avoir présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références).

E. 8

Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

E. 9

Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social". a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

A/4063/2017 - 16/27 - Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les

éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux. b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence. d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2). e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio- culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

E. 10

a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la

A/4063/2017 - 17/27 - vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

E. 11

Dans deux arrêts du 30 novembre 2017 (8C_841/2016, 8C_130/2017), le Tribunal fédéral a en outre modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes

douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie» (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.

E. 12

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

A/4063/2017 - 18/27 - sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 13

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. a. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

A/4063/2017 - 19/27 - c. En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

E. 14

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent

l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

A/4063/2017 - 20/27 -

E. 15

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 16

a. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet de deux expertises bidisciplinaires par les Drs H_____ et I_____. Dans la première expertise, datée du 17 octobre 2014, l'expert psychiatre retient le diagnostic d'épisode dépressif moyen et d'anxiété généralisée engendrant une diminution de rendement de 40 % depuis avril 2013. L'expert rapporte toutefois également que le dosage du taux plasmatique de l'antidépresseur prescrit est nettement inférieur aux valeurs de référence et qu'il en va de même d'autres médicaments prescrits, ce qui accrédite l'hypothèse d'une mauvaise compliance générale. L'expert psychiatre ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, en l'absence de conflit émotionnel ou de problèmes psycho-sociaux importants. En ce qui concerne le refus de mesures de réorientation professionnelle, il relève que ce refus a pu être motivé par le projet du recourant de s'orienter vers une activité indépendante, tout en précisant que ce dernier ne s'était pas engagé dans des démarches actives et concrètes pour réaliser ce projet. Sur le plan somatique, l'experte rhumatologue émet dans sa première expertise les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de spondylodiscarthrose étagée, associée à des séquelles de la maladie de Scheuermann, sans signe neurologique. L'experte a qualifié cette pathologie de bénigne, décompensée passagèrement suite à une distorsion survenue lors de l'accident en mai 2009. L'impotence fonctionnelle majeure évoquée par le recourant dépasse les constatations objectives et l'examen clinique est parasité par des discordances en nombre. Le recourant souffre également de gonalgies, pour lesquels le rhumatologue traitant a fait différentes propositions thérapeutiques que le recourant n'était cependant pas motivé à suivre, notamment un programme de reconditionnement musculaire. La capacité de travail est nulle

dans la précédente activité, mais entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un travail physiquement moyen avec des charges répétitives de l'ordre de 5-6 kg et occasionnelles de 10-15 kg, sans position statique durable en porte-à-faux, permettant le changement des positions avec une part sédentaire d'un tiers environ, sans position à genoux prolongée et travail sur des échafaudages ou sur un sol instable.

A/4063/2017 - 21/27 - Dans la deuxième expertise datée du 26 janvier 2017, le Dr I_____ retient une dysthymie et une anxiété généralisée. Toutefois, les symptômes dépressifs sont présents essentiellement sur le plan subjectif, les éléments dépressifs objectifs étant quasiment absents. La composante anxieuse du tableau clinique est également présente surtout au niveau subjectif. Il n'y a en outre pas d'éléments pour un trouble panique. Le fait que le recourant se rend régulièrement dans son pays d'origine en voiture et en avion permet aussi de nuancer la sévérité des troubles psychiques allégués. Quant au traitement psychiatrique en cours, il est relativement lourd (antidépresseur, soutien psychiatrique et prise en charge par une psychologue) pour un tableau psychiatrique objectivement pas sévère. La compliance thérapeutique est excellente selon la psychiatre traitante. Les taux plasmatiques du traitement antidépresseur étaient par ailleurs aux taux thérapeutiques. Pour le Lyrica (médicament prescrit notamment pour des troubles anxieux généralisés), la substance n'était pas détectable. Sur le plan somatique, la Dresse H_____ rapporte dans la seconde expertise que l'examen clinique objectif montre un homme de solide constitution, obèse, mais pas déconditionné. La musculature est globalement conservée. L'assuré dit ne sortir de chez lui que très occasionnellement pour des courses ou une marche de vingt minutes. Néanmoins, sa peau est bronzée aux zones découvertes. Il ne présente pas de zones de décubitus, points d'impression contre lesquelles les personnes peu mobiles doivent lutter pour éviter des escarres, ni ankylose articulaire des patients chroniquement immobilisés. Son cardiologue ne l'a pas non plus trouvé déconditionné au plan des performances cardio-respiratoires. A l'examen clinique, sa gestuelle et sa physionomie sont variables d'un moment à l'autre, selon sa distractibilité. Il se montre à la fois prompte, lesté, voire très vigoureux dans les contre-pulsions, et ralenti et plaintif. Au niveau du rachis, il n'y a pas de limitations évidentes et reproductibles, notamment pas de signe d'appel radiculaire ni irritatif ni déficitaire. Lors de l'épreuve de Lasègue, l'assuré contre-pulse fortement, ce qui n'est pas compatible avec une pathologie discale compressive, dès lors que cela augmente la pression intra-discale. Les signes de non-organicité sont présents. Les discordances sont également marquées par des signes de comportement douloureux selon Waddell et les critères de majoration du symptôme de Matheson. Le bilan radiologique est par ailleurs tout à fait rassurant. Il confirme un trouble discret de la statique vertébrale, ce qui peut être considéré comme banal et non significatif. Le status articulaire radiologique rachidien, du coude gauche, du bassin et des genoux est également normal, compte tenu de l'âge du patient. Il n'y a ainsi pas d'argument médical évident pour expliquer l'échec des mesures de réadaptation, ni une incapacité de travail durable dans un travail moyennement éprouvant sur le plan physique ou dans un travail léger tel que celui qui lui avait été présenté lors de son stage aux EPI. b. Ces expertises ont été effectuées en toute connaissance du dossier médical, prennent en compte les plaintes du recourant, reposent sur des examens cliniques

A/4063/2017 - 22/27 - très approfondis et contiennent des conclusions cohérentes et motivées. Il est par ailleurs inexact que les experts n'ont pas eu connaissance des appréciations des Drs D_____ et G_____. S'il est vrai que les rapports des médecins traitants ne sont pas mentionnés dans l'expertise, il ressort cependant de celle réalisée en

2016, que les experts ont pris des renseignements auprès de ceux-ci par téléphone les 16 et 26 septembre 2016, renseignements qui sont consignés dans le rapport d'expertise (p. 10 s.). La chambre de céans ne peut pas non plus suivre le recourant en ce qu'il estime que les deux expertises du BEM étaient peu fouillées, notamment sur le plan psychiatrique. Au contraire, l'anamnèse, les plaintes rapportées et l'examen clinique paraissent très complets. Ainsi, il convient en principe d'attribuer aux expertises du BEM une pleine valeur probante.

c. Le recourant justifie son refus de réadaptation professionnelle en mai 2011 par le fait que son état psychique s'était aggravé à cette époque, comme cela est attesté par le Dr D_____. Par ailleurs, à ce moment, il n'avait pas encore abandonné son rêve de devenir indépendant, n'étant pas encore conscient de ses limitations fonctionnelles. Cependant, cela n'est pas plausible. En effet, dans le rapport relatif à l'entretien du 9 mai 2011, il est rapporté qu'une opération d'une hernie discale est prévue. Cette information a dû être apportée par le recourant qui était donc tout fait au courant de son état physique, voire le noircissait, une telle opération n'ayant pas eu lieu. Par ailleurs, la Dresse G_____ atteste le 1er décembre 2017 que, lors de la première évaluation psychiatrique en octobre 2011, soit après l'entretien de réadaptation professionnelle, elle n'a pas encore constaté de trouble de l'humeur.

d. Le recourant se prévaut en outre des avis de ses médecins traitants à l'appui de son allégation, selon laquelle il est entièrement incapable de travailler. S'agissant du Dr D_____, il ne met cependant en cause aucun élément médical retenu dans les expertises, dans sa détermination du 4 décembre 2017. Comme le SMR l'a constaté dans son avis du 9 janvier 2018, il ne fournit pas non plus d'élément médical nouveau. En fait, le Dr D_____ se fonde sur l'évaluation de la douleur par le recourant, laquelle était de 7/10 sur l'échelle des douleurs dans la dernière expertise et de 10/10 lors de l'expertise de 2014. Il s'agit toutefois ici d'éléments tout à fait subjectifs qui ne concordent pas avec les atteintes somatiques objectivables. Quant à la Dresse G_____, elle justifie essentiellement l'incapacité de travail par le syndrome somatoforme douloureux et non pas par le trouble dépressif et anxieux. Sur le plan psychiatrique, elle semble être plutôt d'accord avec l'évaluation du Dr I_____, sous réserve d'une précision de diagnostic.

e. Aussi bien le Dr D_____ que la Dresse G_____ relèvent qu'il est impossible que le recourant simule une douleur depuis des années, au vu des examens complémentaires et de la demande de soins constante. Toutefois, les experts n'affirment pas que cela soit le cas. Il n'en demeure pas moins que, dans les cas de douleurs intenses sans un substrat organique objectivable, il convient d'évaluer la capacité de travail selon les indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral.

A/4063/2017 - 23/27 - Or, ceux-ci ne permettent pas de retenir un caractère invalidant des douleurs alléguées. En effet, la Dresse H_____ a observé des discordances entre les douleurs décrites et le comportement observé. La gravité de l'évolution des douleurs non objectivables n'est pas non plus rendu plausible par des éléments ressortant de l'étiologie et la pathogénèse, telle que la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux. Ni l'expert ni la psychiatre traitante n'ont mis en évidence de tels éléments. Quant à l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, il y a certes une chronicisation, mais non pas un épuisement de toutes les possibilités de traitement, ainsi que des mesures de réadaptation et d'intégration. Il est à relever également qu'en 2014 le dosage du taux plasmatique de l'antidépresseur prescrit était nettement inférieur aux valeurs de référence et qu'il en allait de même d'autres médicaments prescrits, ce qui accréditait l'hypothèse d'une mauvaise compliance générale. Quant aux ressources du recourant, il semble certes qu'il souffre de comorbidités psychiatriques sous forme d'une dépression

légère, lors de la dernière expertise, et d'un trouble anxieux. Cependant, ni un trouble de la personnalité ni des traits d'un tel trouble n'ont été retenus par l'expert et la psychiatre traitante. L'environnement social est également préservé, du moins au niveau familial, le recourant vivant avec son épouse et ses enfants. Il y a par ailleurs des doutes quant à la cohérence, à savoir une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie, dès lors que le recourant peut entreprendre de longs voyages en voiture dans son pays d'origine. Par ailleurs, alors qu'il dit ne sortir de chez lui que très occasionnellement, sa peau est bronzée aux zones découvertes, ce qui permet de douter que les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie. Certes les EPI constatent que le recourant ne peut être réinséré dans le milieu économique ordinaire, ne maintenant pas les positions de travail, n'arrivant pas à suivre un rythme de travail équivalent à celui d'un poste dans le marché ordinaire et manquant de résistance pour une journée entière. Il est en outre précisé dans le rapport des EPI que le recourant ne s'est pas montré excessivement démonstratif et qu'il possède de très bonnes capacités d'apprentissage avec une autonomie presque totale. Cependant, comme relevé ci-dessus, il n'en demeure pas moins que des atteintes somatiques objectivables avec incidence sur la capacité de travail dans une activité moyennement lourde n'ont pas pu être constatées par la Dresse H_____. Or, selon la jurisprudence susmentionnée, dans une telle situation, c'est l'avis du médecin qui prime. Ainsi, même en reconnaissant que le recourant souffre réellement de douleurs, lesquelles devraient être qualifiées de psychosomatiques, un caractère invalidant ne peut leur être reconnu, en vertu de la jurisprudence en la matière.

E. 17

a. Sur le plan psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient également d'examiner le caractère invalidant du trouble dépressif et de l'anxiété selon les indicateurs élaborés par notre Haute Cour pour le trouble somatoforme douloureux. Or, en l'occurrence, il paraît notamment discutable que

A/4063/2017 - 24/27 - l'indicateur concernant la cohérence soit rempli. En effet, il ne semble pas que le recourant présente des limitations fonctionnelles, sur le plan psychique, dans tous les domaines de la vie, notamment dans ses loisirs. Plusieurs éléments constituent un indice que tel n'est pas le cas, notamment les voyages en voiture au Kosovo, la peau bronzée du recourant aux zones découvertes et aussi son attitude lors du stage aux EPI. Certes, les problèmes de concentration qui sont relevés par les EPI peuvent être attribués à un trouble dépressif. Ils mentionnent également que le recourant est perdu et perplexe vis-à-vis de sa situation, ainsi qu'anxieux et très réactif au stress (p. 8 et 9 du rapport du 26 juin 2015). Toutefois, sur le plan de l'intégration dans le groupe et dans un milieu professionnel, il s'est montré à l'aise dans les contacts. Cela contraste avec ses déclarations lors de l'expertise réalisée en septembre 2016 où il a déclaré à l'expert psychiatre qu'il n'était pas du tout en mesure de reprendre une activité professionnelle en raison notamment de l'incapacité d'entrer en contact avec les autres. Sa déclaration, selon laquelle il passe la plupart de son temps dans l'appartement familial, allongé sur le canapé ou déambulant pour se détendre est aussi contredite par les bronzages constatés sur certaines parties de son corps. En outre, lors de la première expertise du BEM en 2014, l'expert psychiatre a constaté une mauvaise compliance, le dosage du taux plasmatique de l'antidépresseur prescrit et d'autres médicaments prescrits étant nettement inférieur aux valeurs de référence. Deux plus tard, la compliance à l'antidépresseur est bonne, et le trouble dépressif au demeurant nettement amélioré, mais non pas celle au Lyrica. Partant, sur le plan

psychique, il est douteux que les indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral permettent de conclure au caractère invalidant des troubles psychiques, sans pour autant vouloir nier la réalité de ceux-ci. b. Se pose ainsi la question d'une reformatio in peius. En effet, aux termes de l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal cantonal des assurances n'est pas lié par les conclusions des parties ; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder à ce dernier plus qu'il n'avait demandé ; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Cette disposition formalise, de manière plus générale, la jurisprudence concernant le respect du droit d'être entendu dans l'éventualité d'une reformatio in peius (arrêt du Tribunal fédéral C 259/03 du 13 février 2004, publié in RJB 140/2004 p. 752 consid. 2 et les références). Cette disposition a d'ailleurs son pendant en procédure genevoise à l'art. 89E LPA. Il ne s'agit toutefois que d'une faculté donnée au juge de réformer la décision attaquée en défaveur d'une partie, à laquelle il peut renoncer au vu de l'ensemble des circonstances (ATF 119 V 241 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 119/02 du 2 juin 2003 consid. 4). Or, en l'occurrence, la chambre de céans y renonce en raison notamment du fait que la jurisprudence a changé en cours de procédure et que, selon l'expert psychiatre, un trouble psychique véritable avec répercussion sur la capacité de travail a été mis en évidence.

A/4063/2017 - 25/27 -

E. 18

a. Quant à la perte de gain, la comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). b. 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). c. 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). d. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce

salaires statistiques est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il y a par ailleurs lieu de réduire les salaires ressortant des statistiques en fonction 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). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui

A/4063/2017 - 26/27 - peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa- cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation 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).

E. 19

En l'espèce, le recourant ne conteste pas les salaires retenus à titre de valide et d'invalide. Il considère toutefois qu'il y a lieu de tenir compte d'un abattement de 10 % des salaires retenus à titre de revenu d'invalide, comme lors du premier calcul de la perte de gain par l'intimé, pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Dans ses calculs des 16 et 30 mai 2017, l'intimé n'en a pas tenu compte, dès lors qu'une baisse de rendement de 40 % dès avril 2013 et de 20 % dès septembre 2016 pour des raisons psychiques est déjà comprise dans le calcul. Comme relevé ci-dessus, il est douteux qu'une diminution de rendement pour des raisons psychiques puisse être admise au vu de la nouvelle jurisprudence en la matière, la chambre de céans renonçant toutefois à une *reformatio in peius*. Partant, il n'y a pas lieu d'admettre un abattement supplémentaire pour tenir compte des limitations fonctionnelles sur le plan physique. De surcroît, selon l'expertise du BEM réalisée en 2016, les limitations fonctionnelles retenues sont probablement surévaluées au regard des pathologies somatiques objectivables du recourant. Pour ce qui concerne la perte de gain avec diminution de rendement de 40 %, il convient enfin de relever que le calcul du recourant est erroné. En effet, en admettant en 2013 un salaire avec invalidité de CHF 65'654.-, le salaire avec une diminution de rendement de 40 % est de CHF 39'392.-, comme l'intimé l'a établi. En procédant à un abattement supplémentaire de 10 %, il est de CHF 35'452.80, ce qui établit la perte de gain à 58,5 %, par rapport au salaire de valide de CHF 85'489.-, et non pas à 61 %.

E. 20

Partant, le recours sera rejeté.

E. 21

Dès lors que le recourant et sa famille sont pris en charge par l'Hospice général, il est renoncé à percevoir un émolument de justice.

A/4063/2017 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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