

GE_GERICHTE ATAS/27/2015 vom 19. Januar 2015

GE Cour de justice, 2015-01-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_27_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/27/2015 du 19 janvier 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/27/2015 del 19 gennaio 2015

Erwägungen

E. 6

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

E. 7

Dans son rapport d'avril 2010, le Dr D_____, rhumatologue aux HUG, a retenu le diagnostic de rhumatisme inflammatoire engendrant des douleurs chroniques fluctuantes, des lombalgies, des douleurs aux hanches et aux genoux. L'état de santé était stable. La reprise d'une activité professionnelle dans un domaine moins physique était possible. Le patient ne semblait cependant pas très motivé pour travailler. Le Dr D_____ avait déjà relevé dans son rapport du 18 décembre 2009 que le patient ne s'était pas présenté à plusieurs rendez-vous, ne prenait aucun médicament et ne faisait aucune physiothérapie. Au vu de la résistance développée par l'assuré à plusieurs traitements, le Dr D_____ avait proposé, en juillet 2009, une discussion avec le Dr E_____ en vue d'un nouveau traitement pour le rhumatisme psoriasique.

A/3920/2011 - 3/23 -

E. 8

Courant 2010, l'assuré a changé à plusieurs reprises de médecin, sans qu'un véritable suivi soit mis en place.

E. 9

Dans une attestation de novembre 2010, le Dr C_____, a indiqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé. L'épisode dépressif était sévère. Le pronostic n'était pas bon.

E. 10

L'assuré a été hospitalisé du 10 au 14 janvier 2011, afin de réévaluer sa maladie. Ont alors été mises en évidence une activité importante de la maladie rhumatismale, la présence de cinq articulations douloureuses, une dactylite du quatrième doigt, ainsi qu'une ténosynovite du tibial postérieur gauche. Une activité alternant les positions assise et debout avec possibilité d'un troisième appui semblait envisageable à temps partiel. Le rapport d'ergothérapie préprofessionnelle établi à l'occasion de l'hospitalisation relevait l'attitude flegmatique de l'assuré et son manque d'implication. Selon l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG, le patient ne souhaitait pas entreprendre de thérapie aux

ateliers en raison de ses douleurs persistantes. Il s'agissait d'un patient révolté, pas du tout intéressé à suivre une prise en charge en atelier.

E. 11

Le 26 juillet 2011, les Drs F_____ et G_____, respectivement généraliste et psychiatre auprès du SMR, ont examiné l'assuré. Au terme de l'anamnèse, de l'auscultation et d'un entretien avec l'assuré et de l'analyse des examens médicaux effectués par les médecins traitants, les médecins du SMR ont retenu le diagnostic de rhumatisme psoriasique avec répercussion sur la capacité de travail et, sans répercussion sur celle-ci, des rachialgies dans un contexte d'un discret trouble statique et de quelques signes d'une ancienne maladie de Scheuermann, un excès pondéral, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique et des phobies spécifiques isolées. L'incapacité de travail dans une activité adaptée était de 30%. Les limitations fonctionnelles impliquaient que l'assuré ne pouvait pas travailler en élévation de son bras droit ou en s'appuyant sur les deux poignets; son périmètre de marche était limité à 15 minutes, l'utilisation d'une canne l'aidait, mais n'était pas indispensable. Il devait éviter une position statique debout, accroupie et agenouillée. Dans un travail en position assise, l'assuré devait pouvoir se lever au moins une fois par heure. Une activité de gérant paraissait adaptée.

E. 12

Par décision du 21 octobre 2011, annulant et remplaçant la décision du 18 janvier 2010, l'OAI, se fondant sur l'évaluation faite par le SMR, a retenu qu'en travaillant à 70% dans une activité simple et répétitive, l'assuré aurait été en mesure de réaliser, en 2009, un salaire de CHF 38'582.- (après abattement de 10%), alors que son revenu en tant qu'indépendant aurait été, sans invalidité, de CHF 31'304.-. Le degré d'invalidité étant nul, l'intéressé ne pouvait prétendre ni à des mesures professionnelles ni à une rente.

E. 13

Par acte expédié le 18 novembre 2011, l'assuré a recouru contre cette décision, datée du 21 octobre 2011 et reçue le lendemain, concluant à la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire et à l'octroi d'une rente entière. Subsidiairement, il a

A/3920/2011 - 4/23 - demandé 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. Le recourant a souligné que ses mains et ses poignets étaient affectés par la 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 et l'on ignorait ce qu'elle visait comme activité. Même si son manque d'implication avait été relevé par divers intervenants, ceux-ci auraient probablement qualifié différemment son attitude s'ils avaient eu connaissance du diagnostic de dépression. Par ailleurs, le revenu de référence 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. Enfin, le recourant estimait que le Dr G_____ s'était attribué la qualité de psychiatre FMH, sans être habilité à porter ce titre. Son anamnèse était incomplète, en particulier du fait qu'il ne tenait compte ni d'une tentative de suicide survenue à l'adolescence, ni de l'aggravation de l'état psychique décrite

par le psychiatre- traitant. La Dresse H_____, cheffe de clinique au service de rhumatologie aux HUG, constatait dans son rapport du 14 novembre 2011, annexé au recours, un rhumatisme actuellement actif pour lequel un nouveau traitement biologique était préconisé. Elle relevait également un état dépressif marqué chez l'assuré. Le port de charges, les positions assises prolongées et les mouvements répétés des doigts étaient exclus. La Dresse F_____, qui n'était pas rhumatologue, ne tenait pas compte des limitations fonctionnelles constatées lors de l'examen ergothérapeutique. Elle se contentait de l'analyse des radiographies, alors que celles-ci ne permettaient pas à elles seules d'évaluer l'évolution de la maladie. Le médecin du SMR ne mentionnait pas non plus le fait que le recourant n'avait pas répondu aux traitements entrepris et que sa maladie touchait également ses doigts. En outre, cette affection se manifestait par crises. Or, le rapport du SMR ne se penchait pas sur l'évolution de celles-ci. Il n'abordait pas non plus le problème de l'épaule droite, pourtant objectivé.

E. 14

Par réponse du 15 décembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il soulignait l'absence d'implication du recourant relevée par le service de neuro- rééducation des HUG et l'atelier de réadaptation; ce manque de motivation n'était pas objectivé sur le plan médical. Par ailleurs, le recourant n'avait pas demandé d'aide au placement, mesure lui ayant pourtant été accordée. Au vu du manque de motivation de l'intéressé, la condition subjective à l'octroi de mesures d'ordre

A/3920/2011 - 5/23 - professionnel faisait défaut. Par ailleurs, il n'était pas établi que son état de santé ait eu des conséquences sur sa capacité de travail avant 2008. Partant, l'intimé pouvait se fonder sur les revenus réalisés par celui-ci en 2006 et 2007. De toute manière, même en tenant compte d'un revenu statistique pour le transport de personnes, le degré d'invalidité n'ouvrirait pas le droit à des prestations. L'abattement de 10% tenait suffisamment compte des circonstances du cas d'espèce.

E. 15

Par courrier du 30 janvier 2012, le recourant a indiqué qu'il était suivi par le Dr I_____, rhumatologue, depuis novembre 2011. Dans un rapport daté du 23 janvier 2012 qui était joint à ce courrier, le Dr I_____ mentionnait que l'état de santé de son patient ne lui permettait pas de travailler, même dans une activité adaptée. L'atteinte articulaire inflammatoire au niveau des pieds et des épaules rendait difficile les déplacements et les mouvements des membres supérieurs.

E. 16

Après avoir pris connaissance de ce rapport, l'intimé a conclu à une aggravation de l'état de santé depuis juillet 2011 et au renvoi du dossier en vue d'une instruction complémentaire.

E. 17

Le recourant a contesté que son état de santé se fût aggravé; il a estimé que l'appréciation du SMR n'avait pas été effectuée dans les règles de l'art. Dans la mesure où l'instruction faite par l'intimé n'avait pas abouti à des conclusions suffisamment claires, il appartenait au juge de procéder à une expertise. Le recourant s'opposait ainsi au renvoi du dossier à l'administration. L'expertise devait, à son sens, également porter sur les aspects psychiques de son état de santé.

E. 18

Le 4 mai 2012, la chambre de céans a ordonné une expertise bi-disciplinaire et commis à cette fin les Drs J_____, rhumatologue, et K_____, psychiatre. Les experts ont rendu leur rapport le 12 septembre 2012.

E. 19

Par arrêt du 3 décembre 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 et renvoyé la cause à l'intimé.

E. 20

L'intimé a interjeté recours devant le Tribunal fédéral le 22 janvier 2013.

E. 21

Par arrêt du 1er juillet 2013, le Tribunal fédéral a admis le recours de l'intimé, annulé l'arrêt de la chambre de céans et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouveau jugement. La chambre de céans avait rendu une décision arbitraire en se ralliant « à la conclusion des docteurs K_____ et J_____ selon laquelle M. A_____ 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'intimé [découlaient] effectivement d'observations cliniques faites à un moment où selon eux la maladie rhumatologique de l'intéressé était dans une phase particulièrement active et il ne

A/3920/2011 - 6/23 - [ressortait] pas de leur rapport que de telles limitations auraient existé depuis 2008. Les docteurs K_____ et J_____ [avaient] au contraire relevé que ladite atteinte avait été fluctuante depuis cette année 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'intimé ; de plus la discussion du cas [consistait] presque exclusivement en un résumé - parfois brièvement commenté - d'avis exprimés par d'autres médecins, les docteurs K_____ et J_____ ne se référant à leurs propres constatations que pour retenir - sans la motiver - une aggravation depuis le moment où le SMR [avait] examiné l'intimé et souligner l'importance des limitations fonctionnelles somatiques de l'intéressé ». Aussi le Tribunal fédéral a-t-il renvoyé la cause à la chambre de céans « pour qu'elle procède à une nouvelle expertise puis rende un nouveau jugement ».

E. 22

Par ordonnance du 22 janvier 2014, la chambre de céans a confié une expertise bi-disciplinaire rhumatologique/psychiatrique aux docteurs L_____ et M_____.

E. 23

janvier 2012, le Dr M_____ a indiqué que celui-ci reflétait la situation qui prévalait début 2012, ajoutant que celle-ci était caractérisée par une atteinte inflammatoire des deux épaules et des deux pieds qui pouvait expliquer que le Dr I_____ ait considéré que son patient ne

pouvait pas travailler, même dans une activité adaptée. Interrogé sur d'éventuelles mesures de réadaptation, le Dr M_____ a indiqué qu'il lui paraissait évident que le recourant pouvait difficilement exercer son ancienne profession de chauffeur de taxi lors de périodes d'exacerbation aiguë et qu'en conséquence, il pensait qu'une réadaptation professionnelle devait être entreprise pour permettre au recourant 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 avait été introduit depuis janvier, traitement que le

A/3920/2011 - 8/23 - Dr M_____ qualifiait de prometteur pour l'avoir mis en œuvre lui-même sur certains de ses patients, l'expert proposait de réévaluer l'effet dudit traitement à trois mois. S'agissant des douleurs rachidiennes dorsolombaires sans relation avec le rhumatisme psoriasique, l'expert considérait qu'il était important que le recourant bénéficie d'une prise en charge dans une école du dos. En charge du volet psychiatrique de l'expertise, le Dr L_____ a reçu le recourant dans son cabinet le 7 mai 2014 pour un entretien d'une durée d'une heure et demie. Pour l'établissement de son rapport daté du 11 juin 2014, il s'est également fondé sur l'examen de l'ensemble du dossier, en particulier une lettre du Dr C_____, psychiatre traitant, reçue le 3 juin 2014. En réponse aux questions qui lui avaient été posées, le Dr L_____ a indiqué qu'il ne retenait aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail du recourant. En effet, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique (F33.01), examen à des fins d'assurance (Z02.6) et phobies spécifiques (arachnophobie) (F40.2) n'influençaient pas la capacité de travail. L'expert a précisé qu'il ne pouvait se rallier à l'appréciation du Dr C_____ qui, dans son rapport du 17 novembre 2010, avait retenu un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), réactionnel au psoriasis arthritique. Selon le Dr L_____, le Dr C_____ ne décrivait pas les signes et les symptômes correspondant à un tel épisode dépressif, ni le 16 novembre 2010, ni en mai 2011. De plus, lors de l'examen clinique et rhumatologique qui avait été effectué au SMR le 26 juillet 2011, seul un épisode dépressif plutôt léger, sans aucune limitation fonctionnelle du point de vue psychiatrique, avait été retenu. Prenant également position sur l'appréciation du Dr K_____, le Dr L_____ a indiqué que l'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, qui justifiait une incapacité de travail de 100% aux dires du premier expert, n'était corroboré par aucun signe ou symptôme correspondant à l'examen effectué, mis à part les dires du recourant qui, au cours de l'entretien avec le Dr K_____, verbalisait des sentiments d'insuffisance, de honte, de culpabilité et des idées suicidaires qui n'étaient pas commentées par l'expert. Le Dr L_____ a souligné que lors de l'entretien du 7 mai 2014, le recourant se plaignait surtout de ses douleurs, celles-ci étant sa principale préoccupation. En résumé, il a indiqué qu'il ne pouvait pas retenir des signes ou des symptômes d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité décompensé ayant provoqué une atteinte à la santé responsable d'une incapacité de travail. En 2008, le recourant avait certes réagi par un trouble de l'adaptation anxio-dépressif, auquel avaient succédé des épisodes dépressifs plutôt légers, réunissant les critères de la CIM-10 d'un trouble dépressif récurrent d'un degré léger, il n'en demeurait pas moins que ceux-ci ne provoquaient pas une atteinte à la santé du point de vue psychiatrique justifiant une incapacité de travail. En outre, étant donné qu'au moment de l'entretien du 7 mai 2014, le recourant avait déclaré qu'il présentait

le même état psychique depuis 2008, le Dr L_____ en a conclu que du point de vue A/3920/2011 - 9/23 - anamnestique, le recourant avait toujours été capable de travailler à 100%, contrairement aux avis émis par le Dr C_____ et l'expert K_____. Interrogé sur l'adéquation du traitement, la compliance du recourant, et les améliorations possibles à court/moyen terme, l'expert a indiqué que le recourant refusait tout médicament psychotrope, alors même qu'une médication ad hoc permettrait d'améliorer les symptômes de son trouble dépressif léger. Compte tenu de l'absence d'atteinte handicapante à la santé psychique, l'expert a considéré que la question d'éventuelles mesures de réadaptation ne se posait pas du point de vue psychiatrique. Il a ajouté qu'il partageait l'avis des Drs F_____ et G_____, qui concluaient également à un épisode dépressif plutôt léger, relevant que ces deux médecins avait fait une description psychopathologique de l'état du recourant au moment de l'examen, ce que le Dr C_____ n'avait pas fait à l'appui de son avis du 2 mai 2011 qui retenait le diagnostic d'épisode dépressif sévère. Invités à se prononcer en consilium, les Drs M_____ et L_____ ont mentionné que l'activité de chauffeur de taxi n'était plus exigible 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. De plus, des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables.

E. 24

Par acte du 14 juillet 2014, le recourant a considéré que l'expertise des Drs M_____ et L_____ se focalisait sur son état de santé au moment de l'expertise. Il leur a reproché de ne pas examiner les fluctuations de sa maladie rhumatismale quant à leur fréquence et leur incidence sur la capacité de travail exigible à travers le temps. Selon lui, c'était justement là que se situait la problématique centrale, car même si on pouvait envisager ponctuellement une reprise dans une activité adaptée à 70%, comme l'indiquaient les experts, ce avec une baisse de rendement modérée (non quantifiée de surcroît) lors d'une phase très peu inflammatoire de la maladie, il n'en restait pas moins que cette appréciation demeurerait purement théorique si immédiatement après, une nouvelle phase aiguë se traduisait par une incapacité de travail complète. Aussi a-t-il soutenu que de telles fluctuations rendaient impossible l'exercice pérenne d'une activité professionnelle quelle qu'elle fût, de sorte qu'une rente d'invalidité entière s'imposait d'elle-même. Le recourant a également produit un courrier du Dr I_____, daté du 7 juillet 2014, dans lequel le rhumatologue répondait aux questions de son patient en ces termes : il constatait et avait 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 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

A/3920/2011 - 10/23 - travail, le recourant devant se mettre en arrêt de travail sept voire quatorze jours par mois. Par ailleurs, le nouveau traitement par Xeljanz®, introduit en janvier 2014, avait dû être stoppé en mai à cause d'une réaction allergique. En outre, de nouveaux traitements biologiques avaient dû être interrompus pour la même raison. Le Dr I_____ a précisé qu'il ne lui restait que la cortisone pour traiter les crises, ajoutant que le traitement, qui était loin d'être optimal, expliquait probablement la fréquence des crises.

E. 25

Par acte du 15 juillet 2014, l'intimé a indiqué qu'il se référait entièrement à l'avis du SMR, ajoutant que les médecins de ce service, dans un rapport daté du 30 juin 2014, avaient estimé que l'expertise des Drs M_____ et L_____ était concluante. Les docteurs N_____ et O_____, médecins SMR, ont ainsi estimé 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. En revanche, elle était de 70% dans une activité adaptée dès mi- 2008, de 0% dès septembre 2012 (soit à la date de l'expertise des Drs J_____ et K_____) 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 antirhumatismal.

E. 26

Invité par la chambre de céans à donner des précisions relatives à son courrier du 7 juillet 2014, le Dr I_____ a indiqué par courrier du 18 septembre 2014 que les crises avaient tendance à augmenter et que les traitements d'anticorps avaient été stoppés le 22 septembre 2014 en raison d'une allergie à l'Enbrel® et à l'Humira®. Il a ajouté qu'aucun travail adapté n'était exigible actuellement.

E. 27

Également contacté par la chambre de céans en vue de donner des précisions sur son expertise, le Dr M_____ a indiqué le 29 octobre 2014 qu'il confirmait l'appréciation de la capacité de travail exigible dans une activité adaptée faite par les Drs F_____ et J_____ dans leurs rapports datés respectivement du 30 août 2011 et du 12 septembre 2012 et qu'il confirmait également les dates et taux d'exigibilité d'une activité adaptée mentionnés par les médecins SMR dans leur rapport du 30 juin 2014. Prenant position sur le rapport du Dr I_____ du 7 juillet 2014, le Dr M_____ a exposé que les crises dont le rhumatologue traitant faisait état correspondaient bien à des exacerbations de la maladie mais qu'il était tout à fait inhabituel que ces crises surviennent tous les sept à quatorze jours. Par ailleurs, il ne ressortait pas du rapport du Dr I_____ que ces crises étaient objectivées médicalement. Le Dr M_____ a mentionné, s'agissant des crises, 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. Il a ajouté que lors de l'examen du recourant, l'atteinte articulaire ne concernait qu'une seule articulation.

A/3920/2011 - 11/23 - Invité à dire si les crises mentionnées par le Dr I_____ entraînaient effectivement une incapacité de travail complète dans toute activité, le Dr M_____ a répondu que la réponse concernant le taux d'activité adapté devait être spécifique à chaque crise en fonction de son intensité et de sa durée. Il a ajouté qu'une durée de sept à quatorze jours d'arrêt de travail par mois ne lui paraissait pas justifiée, précisant que là encore, la durée de l'arrêt de travail devait être fonction de l'importance de la poussée inflammatoire. Le Dr M_____ a estimé qu'une fois chaque crise passée, il y avait quoi qu'il en soit un retour à une capacité de travail exigible de 70%. Au regard des limitations fonctionnelles et des fluctuations de l'état de santé du recourant, le Dr M_____ a considéré qu'en exceptant les activités impliquant une contrainte mécanique (activités de force), un travail sédentaire était tout à fait exigible. Invité à quantifier précisément la diminution de rendement du recourant, le Dr M_____ a indiqué que celle-ci dépendait du contrôle de la maladie, de la

fréquence et de l'intensité des crises. Il a cependant précisé qu'un contrôle satisfaisant de la maladie par un traitement adapté devrait permettre une diminution de rendement d'environ 30%, comme l'avaient indiqué ses confrères les Drs F_____ et J_____.

E. 28

Par acte du 19 novembre 2014, l'intimé s'est référé entièrement à un nouvel avis du SMR daté du 13 novembre 2014, lequel faisait suite aux précisions données par le Dr M_____ le 29 octobre 2014. Les médecins SMR ont retenu que le Dr M_____ ne modifiait pas les conclusions de son expertise et que pour leur part, ils ne pouvaient que maintenir leur avis du 30 juin 2014, l'ensemble des éléments médicaux nouveaux n'étant pas susceptible de modifier cet avis.

E. 29

octobre 2014, p. 1), on peut d'autant moins leur reprocher de ne pas s'être livrés à une étude fouillée des points litigieux du dossier que les rapports du Dr I_____ des 7 juillet et 25 novembre 2014 ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de la seconde expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts. Il apparaît au contraire que le médecin traitant de recourant, le Dr I_____, se borne à apprécier de manière différente l'impact des crises d'arthrite sur la capacité de travail exigible du recourant. Ainsi, conformément à la jurisprudence précitée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2), il n'y a pas lieu d'effectuer de plus amples investigations sur la base d'une telle divergence d'appréciation. La chambre de céans retiendra en conséquence qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les crises d'arthrite, qui se manifestent parfois jusqu'à deux fois par mois, ne touchent la plupart du temps qu'une seule articulation et que dans ces circonstances, l'exercice d'une activité sédentaire sans contrainte mécanique (activités de force) demeure possible, un arrêt de travail n'étant justifié que si la crise concerne l'ensemble du système articulaire. Au regard de ces éléments, et compte tenu du fait que les hypothèses visées par les consid. 11b/aa à 11c du présent arrêt ne sont manifestement pas réalisées dans le cas d'espèce, la question de savoir dans quelle mesure des arrêts de travail de cinq à sept jours consécutifs, délivrés jusqu'à deux fois par mois par le médecin traitant, A/3920/2011 - 21/23 - rendraient illusoire l'exercice d'une activité professionnelle quelconque sur le marché général du travail souffre de rester indéfinie. 13. Reste à examiner le calcul du degré d'invalidité et la quotité de la réduction supplémentaire. Le recourant soutient que son revenu sans invalidité aurait dû être déterminé sur la base du revenu moyen des chauffeurs de taxi à plein-temps. Il explique qu'il est erroné de se fonder sur les résultats comptables pour les années 2006 et 2007 dans la mesure où le diagnostic de rhumatisme psoriasique avait déjà été posé en 2001 et que cette maladie l'entravait déjà dans son activité professionnelle de chauffeur de taxi. Ce point de vue ne saurait être suivi. Premièrement, il ressort de l'expertise des Drs M_____ et L_____ que le recourant n'a été mis en arrêt de travail qu'en juillet 2008, en raison d'une aggravation de l'atteinte arthritique (cf. p. 2 du rapport du Dr M_____). Deuxièmement, l'hypothèse d'éventuelles difficultés professionnelles imputables à une dégradation progressive de l'état de santé est contredite par la hausse du bénéfice net réalisé sur l'exercice 2007. Troisièmement, il ressort du rapport du Dr C_____ que le recourant a exercé la profession de chauffeur de taxi « avant le début de sa maladie » (pièce 16 intimé, p. 2) et qu'il n'a rendu les plaques de son taxi qu'à la fin de l'année 2007 (pièce 82 intimé, p. 1). Enfin, le recourant a indiqué

lui-même dans le questionnaire pour indépendants remis à l'intimé en novembre 2009 qu'il exerçait son activité à raison de huit heures par jour quarante heures par semaine avant son atteinte à la santé, puis pas du tout après (pièce 21 intimé). Il y a donc lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant tirait certes un revenu relativement modeste de son activité de chauffeur de taxi indépendant mais que sa capacité de travail n'était pas diminuée pour autant. Ainsi, c'est à juste titre que l'intimé a fixé le revenu sans invalidité du recourant à CHF 31'304.- en tenant compte du développement probable qu'aurait connu son activité s'il l'avait poursuivie au-delà de la fin de l'année 2007. S'agissant de la détermination du revenu avec invalidité, il tombe sous le sens que l'entreprise du recourant, qui ne comportait aucun employé, ne lui permettait pas de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle en se contentant de sous-traiter l'activité de chauffeur de taxi à un tiers. Il était donc exigible qu'il mette fin à cette activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative. L'assuré n'ayant pas repris une telle activité salariée, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur l'ESS 2008 TA 1, niveau 4, total, c'est-à-dire à un panel d'activités varié, ne nécessitant pas de formation professionnelle, de qualification ou d'expérience. Par ailleurs, le recourant considère qu'au vu de l'importance de ses limitations, la réduction supplémentaire de 10% est sous-évaluée et devrait être portée à 25%.

A/3920/2011 - 22/23 - S'il est vrai que l'intimé n'a accordé ladite réduction qu'au titre du taux d'activité réduit, la question de savoir s'il y a lieu de prendre en considération également les limitations fonctionnelles peut rester indécise. En effet, même en appliquant la réduction maximale de 25% réclamée par le recourant, son revenu d'invalidité resterait quoi qu'il en soit supérieur à son revenu sans invalidité, d'où un degré d'invalidité nul, excluant tout droit à une rente. 14. Le taux d'invalidité étant de 0% lors de la décision, aucune mesure professionnelle de réorientation ou de reclassement ne se justifie, la grande majorité des métiers pris en compte pour déterminer le revenu avec invalidité ne nécessitant pas de formation particulière. Le cas échéant, le recourant a la possibilité de solliciter une aide au placement aux conditions mentionnées par l'intimé (pièce 82, p. 1). 15. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté. La procédure n'étant plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3920/2011 - 23/23 - 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.