

GE_GERICHTE ATAS/47/2019 vom 21. Januar 2019

GE Cour de justice, 2019-01-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_47_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/47/2019 du 21 janvier 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/47/2019 del 21 gennaio 2019

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.

- 16/32-

A/3685/2017

E. 2

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

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 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. 28 al. 2 LAI).

E. 6

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut

- 17/32-

A/3685/2017 examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 7

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations

fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une

- 18/32-

A/3685/2017 composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

E. 8

La jurisprudence développée au sujet des troubles somatoformes douloureux s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 ; 143 V 418).

E. 9

L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

E. 10

Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type

- 19/32-

A/3685/2017 troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de

- 20/32-

A/3685/2017 gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence

du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une

- 21/32-

A/3685/2017 incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculogique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

E. 11

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour

- 22/32-

A/3685/2017 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). 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). 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. 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). Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurances sociales, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères pertinents - lui permettent de surmonter ses douleurs. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre

- 23/32-

A/3685/2017 de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et

conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). 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 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. Etant 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur

- 24/32-

A/3685/2017 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI;

arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle

- 25/32-

A/3685/2017 mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; arrêt du Tribunal fédéral 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. 12

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des

- 26/32-

A/3685/2017 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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). Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

E. 13

a. En l'occurrence, dans son ordonnance du 26 juin 2018, la chambre de céans a considéré que le recourant contestait principalement le volet psychiatrique de l'expertise du 30 août 2016 réalisée par la PMU, même s'il relevait que les experts en chirurgie de la main et en rhumatologie avaient sous-estimé l'atteinte à sa santé psychique.

- 27/32-

A/3685/2017 b. Du point de vue somatique, les experts avaient retenu les diagnostics de cervico- lombosciatalgies gauches chroniques non spécifiques et oligo-arthralgies chroniques non spécifiques et une absence de séquelles fonctionnelles des différentes chirurgies de la main ; des limitations fonctionnelles avaient été retenues (pas d'utilisation de gants compressifs, d'exposition à des vibrations corporelles et au froid, pas de mouvements avec forte préhension des mains et mouvements répétitifs de flexion-extension des doigts de la main, pas d'activité physiquement lourde avec port de charge répétitif de plus de 15 kg). La capacité de travail avait été considérée comme entière dans une activité adaptée. Le volet somatique de l'expertise de la PMU, fondé sur une anamnèse complète, comprenant les plaintes du recourant, des diagnostics et les limitations fonctionnelles claires ainsi qu'une appréciation motivée de la capacité de travail du recourant, avait pleine valeur probante. L'appréciation des Drs T_____ et U_____ du 13 juin 2016 attestant de diagnostics de polyarthrose et fibromyalgie, lombalgie, diabète de type 2 insulino-requérant, hypertension artérielle, syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil appareillé, trouble dépressif, ne remettait pas en cause les conclusions du rapport de la PMU. Il en était de même des rapports des HUG des 22 octobre, 27 octobre et 30 novembre 2015, lesquels attestaient d'un suivi pour un diagnostic de diabète type 2, polyneuropathie périphérique, hypertension artérielle, dyslipidémie, syndrome d'apnées du sommeil et cervico-brachialgies. En particulier, aucun avis médical au dossier ne mettait en doute l'évaluation somatique de la capacité de travail du recourant effectuée par la PMU. Dans ces conditions, les conclusions du volet somatique du rapport d'expertise de la PMU ne pouvaient qu'être suivies, une expertise judiciaire ne se justifiant pas. Ces considérations peuvent être confirmées. c. S'agissant de l'expertise judiciaire psychiatrique, dans la mesure où elle est fondée sur trois entretiens avec le recourant, complétés par un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant de celui-ci et l'entier du dossier, qu'elle comprend une anamnèse, les plaintes du recourant, des diagnostics clairs et motivés, une appréciation du cas cohérente et des explications quant aux divergences de diagnostic et d'appréciation de la capacité de travail du recourant par rapport aux autres avis médicaux au dossier, elle répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Les critiques émises par le SMR, et reprises par l'intimé, ne sont pas à même de mettre en doute la valeur probante de l'expertise judiciaire. c/aa Tout d'abord, le SMR estime que l'anamnèse effectuée par le Dr O_____ est plus complète que celle de l'expertise judiciaire. A cet égard, le SMR ne prétend pas que celle de l'expertise judiciaire serait insuffisante dans une mesure telle qu'elle ôterait toute valeur probante à ses conclusions. Cela à juste titre, étant donné

- 28/32-

A/3685/2017 que l'expertise judiciaire comprend une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle et même judiciaire (laquelle est absente de l'expertise de la PMU du 30 août 2016). Par ailleurs, le Dr O_____ s'est contenté d'un complément d'anamnèse

personnelle, en réalité plus bref que l'anamnèse de l'expertise judiciaire (expertise PMU p. 15) et n'a pas non plus décrit de journée type, le descriptif de la vie quotidienne ayant été effectué sous l'angle somatique (expertise PMU p. 9). c/bb Ensuite, le reproche d'absence de dosage des traitements prescrits n'est pas relevant, les experts ayant, en toute hypothèse, indiqué que même une modification du traitement médicamenteux telle que proposée (expertise judiciaire p. 18), n'aurait pas un impact déterminant sur la capacité de travail du recourant, laquelle était diminuée par le trouble de la personnalité paranoïaque. Or, le traitement médicamenteux, instauré depuis 2013, avait permis une rémission partielle des symptômes dépressifs mais pas du trouble de la personnalité paranoïaque (expertise judiciaire p. 16). Par ailleurs, les experts ont estimé, après avoir pris contact avec le psychiatre traitant, que le traitement psychotrope et le suivi psychiatrique étaient correctement investis par le recourant (expertise judiciaire p. 16). Enfin, le dosage d'antidépresseurs et d'antipsychotiques effectué par les experts de la PMU le 10 mai 2016 n'a pas pu être interprété (expertise PMU p. 12) et n'a d'ailleurs pas fait l'objet de commentaire de la part du Dr O_____ (expertise PMU p. 23). c/cc Le SMR estime encore que la divergence diagnostique entre les expertises n'est pas expliquée par les experts judiciaires. Or, ceux-ci se sont prononcés sur les conclusions de l'expertise de la PMU du 30 août 2016 et ont indiqué que, contrairement à l'évaluation du Dr O_____, ils estimaient que les critères pour un état dépressif léger (et non pas seulement une dysthymie) étaient présents et que le fonctionnement du recourant dans les relations interpersonnelles ainsi que sa conception du monde qui l'entourait avait un impact majeur sur sa vie sociale, affective et professionnelle. Dans ce sens, ils ont retenu un trouble de la personnalité paranoïaque plutôt que de simples traits. Le trouble était invalidant et l'on ne pouvait pas soutenir un retour au plein emploi. Par ailleurs, les experts judiciaires ont clairement exclu la présence d'une majoration des symptômes psychiques chez le recourant. Ils ont relevé que, mis à part l'authenticité de ses plaintes, l'hétéro-anamnèse montrait que la perturbation de l'organisation de sa personnalité existait bien avant la décompensation bruyante. L'objectif de ses demandes AI était celui d'une réparation morale et financière par rapport aux torts qu'il supposait avoir subi. Dans ce sens, l'objectif recherché pouvait sembler similaire à celui manifesté lors d'une majoration des symptômes psychiques. Toutefois et contrairement à ce dernier cas de figure, la revendication de réparation était diffuse, concernait la plupart des aspects de sa vie et constituait une manière

- 29/32-

A/3685/2017 diachronique d'interagir avec un environnement perçu comme hostile (expertise judiciaire p. 14). Le recourant était authentique dans l'expression de sa colère, de sa méfiance et de son sentiment d'humiliation (expertise judiciaire p. 13). Ils ont ainsi considéré que c'était le trouble de la personnalité paranoïaque qui avait des répercussions fonctionnelles majeures dans un milieu économique usuel (expertise judiciaire p. 14). La chambre de céans constate que l'appréciation des experts judiciaires s'écarte de façon motivée de celle du Dr O_____, celui-ci ayant prioritairement considéré qu'il existait des incohérences cliniques marquées chez le recourant et une majoration des symptômes, ce que les experts judiciaires ont exclu. On constate encore que le Dr O_____ a relevé, d'une part, la présence de dérapages vers une appréhension persécutante du monde environnant (expertise PMU p. 17 et 18), des traits de personnalité caractériels et paranoïaque (expertise PMU p. 18), soit des symptômes repris par les experts judiciaires dans le cadre du trouble de la personnalité paranoïaque, d'autre part, que l'échelle de dépression MADRS (test

effectué par le Dr O_____) a conclu à un score compatible avec une dysthymie ou un épisode dépressif léger (tel que diagnostiqué par les experts judiciaires). Le Dr O_____ écarte cependant ce dernier diagnostic en raison de la présence de ce qu'il estime être des facteurs de majoration (expertise PMU p. 17-18). Les constatations faites par le Dr O_____ rejoignent ainsi celles des experts judiciaires mais ont été interprétées en partant du principe que le recourant majorait ses plaintes, ce que les experts judiciaires ont clairement écartés. La divergence de diagnostics et d'impact de ceux-ci sur la capacité de travail du recourant existant entre les deux expertises est ainsi motivée de façon convaincante par les experts judiciaires. c/dd Le SMR relève encore qu'un état dépressif léger ne peut décompenser le trouble de la personnalité. A cet égard, les experts judiciaires ont relevé que l'état dépressif, présent depuis 2010, s'était aggravé jusqu'en 2013, de sorte que, dès cette date, l'état dépressif majeur était sévère et, avec le trouble de la personnalité paranoïaque, qui s'était aussi manifesté après 2010, il influençait négativement la capacité de travail, celle-ci étant nulle, dans toute activité, jusqu'à fin 2014. Dès 2015, seul le trouble de la personnalité paranoïaque diminuait la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée (soit un travail avec peu de collaboration avec d'autres employés), en raison de la nécessité d'éviter une exposition relationnelle trop importante (sensibilité aux interactions humaines et tendance à conflictualiser les liens) et une faible tolérance au stress (expertise judiciaire p. 12). L'état dépressif léger n'a ainsi, selon les experts judiciaires, pas d'influence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Le trouble de la personnalité, contrairement à l'avis du SMR, n'est, selon les experts judiciaires, pas décompensé par un état dépressif léger mais présent après l'année 2010, durant laquelle le

- 30/32-

A/3685/2017 recourant a été confronté à la perte de son épouse et à sa désinsertion sociale (expertise judiciaire p. 13). L'influence de l'épisode dépressif léger (soit les symptômes d'une anhédonie, d'irritabilité et d'attitude morose) n'est évoquée qu'en relation avec une activité en milieu usuel mais pas dans le cadre d'une activité adaptée (expertise judiciaire p. 12). c/ee Toujours selon le SMR, les experts ont relevé que la plupart des aspects du trouble de la personnalité paranoïaque était peu marquée chez le recourant, de sorte que ce trouble ne pouvait être retenu et que des facteurs extra-médicaux jouaient un rôle principal. A cet égard, les experts judiciaires ont expliqué que l'aspect quérulent de la personnalité paranoïaque était peu prononcé, mais que le recourant présentait davantage un aspect sensitif se manifestant par un vécu de victimisation, avec des affects dépressifs et une hyperesthésie affective, un sentiment d'être laissé pour compte, humilié et non considéré ; sa psychopathologie était proche d'une personnalité sensitive (expertise judiciaire p. 12). Les experts ont ainsi motivé de façon convaincante la présence du trouble de la personnalité paranoïaque. De surcroît, ils ont relaté des répercussions fonctionnelles majeures de ce trouble, tant dans une activité professionnelle que dans toute activité sociale (expertise judiciaire p. 14 et 16). Les facteurs extra-médicaux mis en avant par le Dr O_____ (difficultés conjugales, statut instable) n'ont pas été considéré comme des facteurs déterminants par les experts judiciaires, ceux-ci ayant écarté toute majoration des symptômes pour retenir un diagnostic psychiatrique incapacitant, contrairement au Dr O_____. c/ff Enfin, les liens avancés par le SMR entre les experts judiciaires et la Dre V_____ ne sont pas un élément suffisant pour estimer que ceux-ci n'ont pas été à même d'opérer une appréciation objective de la situation médicale du recourant. Cela est d'autant plus vrai que l'expertise judiciaire s'écarte des diagnostics de trouble de la personnalité

mixte avec des traits émotionnellement labiles et des traits de la personnalité paranoïaque posés par la Dre V_____ (expertise judiciaire p. 20). Par ailleurs, si l'intimé souhaitait demander la récusation des experts judiciaires, il lui incombait de le faire dans le délai fixé à cet égard au 8 juin 2018 aux parties par la chambre de céans, le grief soulevé par l'intimé lui étant déjà connu à cette date (art. 39 LPA ; ATF 134 I 20).

E. 14

Au vu de ce qui précède, les conclusions de l'expertise judiciaire peuvent être suivies, de sorte que le recourant a présenté, du point de vue psychiatrique, une capacité de travail nulle dans toute activité du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014 et de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 1er janvier 2015. L'activité adaptée doit également respecter les limitations fonctionnelles somatiques déjà admises par l'intimé (pas d'exposition aux vibrations corporelles, pas de port de gants compressifs, pas d'exposition au froid,

- 31/32-

A/3685/2017 pas de mouvement exigeant une forte force de préhension des mains, pas de mouvements répétitifs de flexion extension des doigts, pas de port de charges de plus de 15 kg ; pas de conduite professionnelle ni de conduite de véhicules à moteurs, pas de travail en hauteur, horaires et repas régulier, sans travail de nuit). Finalement la capacité de travail du recourant, compte tenu des limitations fonctionnelles psychiques et somatiques est nulle dans toute activité du 30 mars 2008 au 31 octobre 2012 et du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2014, puis de 50 % dans une activité adaptée dès le 1er janvier 2015.

E. 15

S'agissant du calcul du degré d'invalidité du recourant, il convient de reprendre les critères appliqués par l'intimé et non contestés par le recourant (selon la décision de l'intimé du 31 juillet 2017), soit un statut d'actif, un revenu sans invalidité et avec invalidité issus tous deux de la même table des salaires statistiques ESS, un abattement de 10 % appliqué sur le revenu d'invalidité et une demande de prestations déposée le 17 février 2014. Compte tenu de ces éléments, le degré d'invalidité du recourant est de 100 % du 1er mars 2009 au 30 mars 2014 et de 55 % dès le 1er avril 2014 (revenu avec invalidité correspondant à 50 % du revenu sans invalidité, avec une déduction supplémentaire de 10 %). La demande de prestations ayant été déposée le 17 février 2014, le droit à des prestations n'est ouvert que dès le 1er août 2014 (art. 29 al. 1 LAI). En conséquence, le recourant a droit, dès le 1er août 2014, à une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

E. 16

Le recourant n'étant pas représenté, il n'a pas droit à des dépens. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. ***

- 32/32-

A/3685/2017 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.