

GE_GERICHTE ATAS/617/2018 vom 28. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_617_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/617/2018 du 28 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/617/2018 del 28 giugno 2018

Erwägungen

E. 11

Dans son courrier du 14 juillet 2013 adressé au mandataire de l'assuré, la doctoresse D_____, généraliste, l'a informé qu'elle suivait l'assuré depuis octobre 2011. Après la microdiscectomie, il avait présenté des douleurs résiduelles avec l'apparition d'hypoesthésies tactilo-algiques au niveau de S1 à gauche, sans déficit

A/1506/2016 - 3/15 - moteur. Une imagerie par résonnance magnétique (IRM) effectuée en septembre 2012 avait mis en évidence une petite récurrence de hernie discale associée à une fibrose réactive post-opératoire. L'assuré avait alors bénéficié d'un traitement à la cortisone et d'un traitement soutenu aux anti-inflammatoires, ainsi que de physiothérapie, sans amélioration sur le plan clinique. Il était actuellement en totale incapacité de travail. A cela s'ajoutait sa maladie rhumatismale palindromique, décompensée par l'intervention chirurgicale et les troubles de la posture post-opératoires. Il souffrait également de problèmes cardio-vasculaires après un status post-remplacement de la valve pulmonaire par homogreffe. Suite à ses nombreux problèmes médicaux, il avait développé un état dépressif et bénéficié d'un soutien psychothérapeutique régulier. La capacité de travail était nulle de manière durable.

E. 12

Par courrier du 5 août 2013, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil, au motif qu'il souffrait d'une récurrence de hernie discale L5-S1, d'une maladie rhumatismale palindromique décompensée, de problèmes cardio-vasculaires avec status post-remplacement de la valve pulmonaire par homogreffe et d'un état dépressif.

E. 13

Le 13 septembre 2013, la Dresse D_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé, l'assuré souffrant d'un état dépressif sévère et d'un traumatisme post-traumatique. La compliance était optimale.

E. 14

Dans son rapport du 3 décembre 2013, la doctoresse E_____ a attesté que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, d'un failed back surgery syndrom avec des douleurs irradiantes au membre inférieur gauche, d'une polyarthralgie dans le contexte d'un possible rhumatisme palindromique, d'une cardiopathie valvulaire et d'un status post-implantation d'une normo-greffe aortique en position pulmonaire. Il relatait la dégradation de son état psychique depuis 2008 suite à l'accumulation de nombreux facteurs de stress (séparation de sa compagne avec conflits concernant la garde des enfants, agression au couteau, nette péjoration de son état physique avec l'exacerbation des polyarthralgies et opération orthopédique, perte de ses emplois à cause de ses problèmes de

santé et sentiment de précarité sociale). Il prenait un traitement antidépresseur. La capacité de travail était nulle, l'assuré étant épuisé et ses ressources psychiques réduites. Il se sentait fragile et incapable de gérer le stress et la pression.

E. 15

En septembre 2015, l'assuré a été soumis à une expertise multidisciplinaire (rhumatologique, psychiatrique et neurologique) à la Clinique romande de réadaptation de Sion (CRR) par les docteurs F_____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne FMH, ainsi que expert principal et compétent pour l'anamnèse et l'examen clinique, G_____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne FMH, H_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et I_____, neurologue FMH. Ceux-ci ont retenu les diagnostics de rhumatisme palindromique, de syndrome radiculaire S1 gauche irritatifs en corrélation adéquate avec une récurrence de hernie discale L5-S1 en avril 2012, de cardiopathie valvulaire compensée après valvulotomie pulmonaire en 1980 et valvuloplastie en 2004, d'épisode dépressif

A/1506/2016 - 4/15 - moyen avec syndrome somatique et de trouble mixte de la personnalité avec des composantes émotionnellement labile type impulsif et sensitive. Le diagnostic de probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'avait de répercussion sur la capacité de travail. Dans leurs conclusions en concilium, les experts ont admis que l'assuré souffrait de problèmes somatiques et psychiatriques importants dont l'association justifiait une incapacité de travail presque complète dans toute activité. Les atteintes somatiques, rhumatologiques et neurologiques étaient mal maîtrisées, malgré un traitement adéquat, et entraînaient une diminution du temps de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée. La psychopathologie diminuait le rendement de 50 %, si bien que l'exigibilité théorique n'était que de 25 %. Le pronostic était mauvais en raison du contrôle imparfait du rhumatisme inflammatoire et de la résistance du syndrome radiculaire S1 aux traitements proposés. Sur le plan psychiatrique, le pronostic était également mauvais, compte tenu d'un trouble mixte de la personnalité, actuellement décompensé sur un mode dépressif. La capacité de travail avait diminué de 20 % au moins depuis le 24 janvier 2012. Compte tenu de l'évolution du rhumatisme inflammatoire et de la psychopathologie associée, une reprise d'une activité adaptée était envisageable en janvier 2013 au taux de 25 %. Dans les expertises par les spécialistes, l'expert psychiatre, le Dr H_____, a indiqué que la psychopathologie générait une baisse de la capacité de travail de l'ordre de 50 % quelle que soit l'activité envisagée sur le plan somatique. Il était difficile de décrire avec précision la péjoration de l'état psychique depuis 2004. Depuis février 2015, date où ses enfants lui ont été retirés au motif que sa santé était trop mauvaise pour s'en occuper, une décompensation globale du trouble de la personnalité pouvait être constatée avec une péjoration certaine de la symptomatologie dépressive. Les documents médicaux antérieurs n'étaient pas suffisamment précis dans leurs diagnostics et dans les répercussions psychiatriques pour pouvoir formellement attester une incapacité de travail sur un versant psychique.

E. 16

Dans son avis médical du 24 novembre 2015, la doctoresse J_____ du SMR a considéré que la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée sur le plan somatique dès janvier 2013. Le Dr H_____ ayant attesté une aggravation sur le plan psychique dès février 2015, la capacité de travail était de 50 % avec diminution de rendement de 50 % seulement

dès février 2015 sur le plan psychique. Ce faisant, ce médecin s'est écarté des conclusions consensuelles de l'expertise de la CRR quant au début de la diminution de rendement de 50%, considérant que le rendement n'était réduit que dès l'aggravation des troubles psychiques en 2015.

E. 17

Le 1er décembre 2015, l'OAI a déterminé la perte de gain à 43,6 %, dans une activité adaptée à 50 %, en admettant un abattement de 10 % des salaires statistiques, pris en considération à titre de revenu avec invalidité, en raison des limitations fonctionnelles. La perte de gain dans une activité légère exercée à 50 %

A/1506/2016 - 5/15 - avec une diminution de rendement de 50 % était de 71,80 %, en admettant également un abattement de 10 %.

E. 18

le 8 décembre 2015, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de lui reconnaître le droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1er février 2013 et à une rente entière dès le 1er mai 2015.

E. 19

Le 13 janvier 2016, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Il a soutenu avoir droit à une rente entière dès janvier 2013, dès lors que les experts, dans leur appréciation consensuelle, ont considéré que la capacité de travail avec une diminution de rendement n'était que de 25 % dès cette date. De surcroît, dès lors que les pathologies dont il souffrait, notamment les troubles psychologiques, limitaient fortement sa capacité d'adaptation, il y avait lieu d'admettre au moins un abattement de 20 % des salaires statistiques, pris en considération à titre de revenu d'invalidité, compte tenu du fait qu'il ne pouvait exercer que des activités légères, que son taux d'occupation possible était de 50 % avec un rendement de 50 %, de son âge de quarante-huit ans, de son absence du marché du travail depuis de nombreuses années et de sa nationalité étrangère. Enfin, l'OAI était invité à préciser les domaines d'activités dans lesquelles il pourrait encore travailler.

E. 20

Par décision du 8 avril 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision. Il a notamment estimé qu'il n'y avait pas lieu de retenir un abattement supérieur à 10 %, dès lors que l'âge de l'assuré n'était pas tel qu'on pouvait exclure toute perspective raisonnable de réinsertion.

E. 21

Par acte du 11 mai 2016, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant, sous suite de dépens, à ce qu'elle fût réformée dans le sens qu'il avait droit à une rente d'invalidité entière à compter du 1er février 2013. Il a mis en exergue que la synthèse de l'expertise pluridisciplinaire a conclu que « ... compte tenu de l'évolution du rhumatisme inflammatoire et de la psychopathologie associée, seule la reprise d'une activité adaptée était envisageable en janvier 2013 et à 25 % (50 % horaire en raison des affections somatiques avec une diminution de rendement de 50 % en raison de sa psychopathologie) ». Le rapport de synthèse était signé par chacun des spécialistes intervenants. Cela étant, l'intimé ne pouvait se fonder sur la seule expertise psychiatrique, le but de l'expertise pluridisciplinaire étant précisément d'obtenir un rapport de synthèse tenant compte de l'ensemble des difficultés physiques et psychiques du recourant. Il

ressortait par ailleurs de ce rapport qu'à la problématique rachidienne s'ajoutaient en 2013 déjà des problèmes rhumatologiques et inflammatoires associés à des troubles psychiatriques. Ces derniers troubles étaient déjà présents en 2013, les troubles de la personnalité n'étant pas apparus soudainement en 2015. Par ailleurs, c'était précisément en relation avec les difficultés psychologiques du recourant que la garde des enfants lui avait été retirée en 2015, ce qui démontrait bien que ses troubles étaient antérieurs. Enfin, si l'OAI avait un doute lié à une possible contradiction entre le rapport de synthèse et le rapport d'expertise psychiatrique, il

A/1506/2016 - 6/15 - lui aurait appartenu de solliciter des éclaircissements sous la forme d'un éventuel complément d'expertise. Le recourant a également critiqué le calcul du degré d'invalidité, estimant que l'abattement devait être de 20 % compte tenu de son âge, du taux de travail partiel, des limitations fonctionnelles permettant uniquement une activité légère et de sa personnalité qui rendait nécessaire un travail isolé afin d'éviter des conflits répétés. Partant, il y avait lieu de lui reconnaître un taux d'invalidité de 100 %.

E. 22

Dans sa réponse du 9 juin 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Les conclusions de la CRR contenaient une contradiction entre les conclusions prises en consilium et celles de l'expert psychiatre, laquelle devait être tranchée en faveur de ce dernier. Par ailleurs, le trouble de la personnalité n'était pas décompensé en 2013, si bien qu'il ne justifiait pas une diminution de rendement de 50 %. En effet, l'expert psychiatre a indiqué qu'il n'était décompensé que depuis février 2015. Enfin, seul un abattement de 10 % des salaires statistiques pris en compte à titre de revenu d'invalidité était justifié, le recourant ne présentant pas un âge avancé. Les motifs de réduction du salaire statistique avancés par le recourant ne s'appliquaient par ailleurs pas aux tableaux de l'enquête suisse sur les salaires (ESS) qui tenaient compte du bas niveau des qualifications professionnelles et du manque de connaissances linguistiques.

E. 23

En complément de la décision du 8 avril 2016, l'OAI a accordé au recourant, par décision du 20 mai 2016, le rétroactif des prestations pour la période de février 2013 à mars 2016.

E. 24

Par acte du 22 juin 2016, le recourant a également recouru contre cette décision, en reprenant les motifs de son précédent recours. Il a conclu à la jonction des causes et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière fondée sur un taux d'invalidité de 100 % à partir du 1er février 2013.

E. 25

Par ordonnance du 29 juin 2016, la chambre de céans a ordonné la jonction des causes sous le numéro A/1506/2016.

E. 26

Dans sa réplique du 11 juillet 2016, le recourant a reproché au SMR, alors qu'il ne disposait d'aucune expertise particulière dans les domaines rhumatologique, psychiatrique et neurologique, de substituer sa propre appréciation à celle des experts de la CRR. Il lui aurait au moins appartenu de clarifier le dies a quo du début du droit à la rente et de demander les explications nécessaires aux experts de la CRR. De surcroît, même si le trouble de la

personnalité n'était sévèrement décompensé qu'en février 2015, il n'en demeurait pas moins qu'il existait déjà en 2013 et que, cumulé avec les problèmes d'ordre somatique, il péjorait la capacité de travail, comme l'avaient retenu les experts dans leur synthèse. Concernant l'abattement des salaires statistiques, une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 25 % constituait à elle seule un facteur de réduction. Pour le surplus, il a repris ses précédents arguments.

E. 27

Par écriture du 18 juillet 2016, l'intimé a conclu au rejet des recours.

A/1506/2016 - 7/15 -

E. 28

Par écriture du 16 mars 2017, le recourant a invité la chambre de céans de demander à l'expert psychiatre de préciser la réponse donnée par les experts à la question 2.6 concernant l'évolution du degré d'incapacité de travail et d'indiquer si le recourant était incapable de travailler à plus de 50 % et si son rendement était réduit de 50 % en janvier 2013 déjà, en dépit de ce que son état psychologique s'était détérioré encore plus ultérieurement.

E. 29

Par écritures du 18 octobre 2017, le recourant a persisté à considérer que la réponse des experts de la CRR était claire et précise, en ce qu'ils ont constaté que la reprise d'une activité adaptée n'était envisageable qu'à 25 % seulement dès janvier 2013.

E. 30

A la demande de la chambre de céans, la doctoresse K_____ de la consultation psychiatrique des HUG l'a informée le 4 avril 2018 que le recourant était suivi au Centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrée (CAPPI) Pâquis depuis février 2012 et, depuis la fermeture de celui-ci en novembre 2016, au CAPPI Servette. Le diagnostic était alors un épisode dépressif moyen et un trouble de la personnalité non spécifié. Quant à la capacité de travail sur le plan psychiatrique depuis 2012 et les années qui ont suivi, ce médecin a déclaré ne pas pouvoir y répondre, le recourant ne s'étant présenté qu'une seule fois en consultation depuis novembre 2016.

E. 31

Dans ses écritures du 13 avril 2013, le recourant a fait observer qu'il était suivi sans discontinuer depuis février 2012 pour un épisode dépressif moyen et des troubles de la personnalité non spécifiés. L'attestation des HUG du 4 avril 2016 confortait les conclusions de l'expertise de la CRR du 30 septembre 2015, selon laquelle, sa capacité de travail n'était que de 25 % depuis le mois de janvier 2013. Au demeurant, l'avis du SMR n'avait pas une valeur probante suffisante pour remettre en cause les conclusions de l'expertise.

E. 32

Par écriture du 27 avril 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions, considérant que la réponse de la Dresse K_____ n'apportait aucun élément médical objectif pouvant remettre en cause la décision litigieuse.

E. 33

Par écriture du 2 mai 2018, le recourant a également persisté dans ses conclusions. Il a expliqué qu'il ne s'était plus rendu aux consultations du CAPPI en 2016, étant contrarié par les multiples changements de thérapeutes qu'avait supposé la réorganisation du CAPPI. Au demeurant, la période pertinente était celle du 1er février 2013 au 1er mai 2015, au cours de laquelle il avait bel et bien été suivi par le CAPPI. Il apparaissait par ailleurs que le trouble dépressif n'était qu'un des facteurs psychiatriques invalidants au nombre desquels figurait en premier lieu une pathologie liée à sa personnalité avec des troubles cognitifs, une personnalité pathologique avec psychorigidité, une inflexibilité et des capacités d'adaptation réduites. Il était précisé par ailleurs dans l'expertise qu'en raison du trouble de la personnalité il était à craindre une conflictualité significative avec des manifestations de dysphorie et une tendance conflictuelle qui pouvaient perturber le sens du contact avec des tiers et la capacité d'évoluer au sein d'un groupe. C'étaient

A/1506/2016 - 8/15 - ces spécificités psychopathologiques associées à l'évolution du rhumatisme inflammatoire qui avaient conduit les experts à retenir d'une manière consensuelle une capacité de travail de 25 % dès janvier 2013.

E. 34

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 3. Est litigieux en l'occurrence si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité entière à compter de février 2013. 4. a. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

A/1506/2016 - 9/15 - 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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). 6. Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a 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 (ATF 141 V 281), 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.

A/1506/2016 - 10/15 - 7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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). c. 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. 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). 8. 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).

A/1506/2016 - 11/15 - 9. a. En l'occurrence, les experts de la CRR émettent les diagnostics de rhumatisme palindromique, de syndrome radiculaire S1 gauche irritatifs en corrélation adéquate avec une récurrence de hernie discale L5-S1 en avril 2012, de cardiopathie valvulaire compensée après valvulotomie pulmonaire en 1980 et valvuloplastie en 2004, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de trouble mixte de la personnalité avec des composantes émotionnellement labile type impulsif et une composante sensitive. Le diagnostic de probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans leurs conclusions en consilium signées par tous les experts, ceux-ci admettent que, compte tenu de l'évolution du rhumatisme inflammatoire et de la psychopathologie associée, la reprise d'une activité adaptée est envisageable en janvier 2013 et ceci à 25 % (50 % horaire en raison des affections somatiques avec une diminution de rendement de 50 % en raison de la psychopathologie). Ils s'accordent par ailleurs à considérer que le recourant souffre de problèmes somatiques et psychiatriques importants « dont l'association justifie une incapacité de travail presque complète, quelle que soit l'activité envisagée ». b. Cette expertise remplit en principe les critères jurisprudentiels pour lui attribuer une pleine valeur probante, ce qui ne semble pas non plus être contesté par l'intimé. En effet, elle a été réalisée en pleine connaissance du dossier médical, prend en compte les plaintes du

recourant, est fondée sur des examens cliniques approfondis et comprend des conclusions motivées et a priori cohérentes. c. Toutefois, l'intimé conteste la conclusion de l'expertise en ce qui concerne le début de l'incapacité de travail de 50 % avec une diminution de rendement de 50%, estimant que l'expertise contient une contradiction entre le volet psychiatrique et les conclusions consensuelles. Dans le volet psychiatrique de cette expertise, le Dr H_____ expose notamment ce qui suit : « On doit toutefois admettre que depuis février 2015, date où les enfants de l'expertisé lui ont été retirés, une décompensation globale du trouble de la personnalité peut être constatée, avec péjoration certaine de la symptomatologie dépressive. Je propose donc de retenir cette date comme étant significative sur le plan psychiatrique pour poser l'incapacité de travail partielle. Les documents médicaux antérieurs ne sont à mon avis pas suffisamment précis dans leurs diagnostics et dans les répercussions psychiatriques (notamment absence d'échelles psychométriques, qui permettraient de comparer la symptomatologie) pour pouvoir formellement attester de l'incapacité de travail sur un versant psychique ». Il ressort toutefois du dossier que la Dresse D_____ atteste déjà le 14 juillet 2013 que le recourant a développé un état dépressif, suite à ses nombreux problèmes médicaux, et bénéficie dans ce contexte d'un soutien psychothérapeutique régulier. Selon ce médecin, le recourant est totalement incapable de travailler. En raison de ce nouveau diagnostic, le SMR considère, dans son avis médical du 27 août 2013

A/1506/2016 - 12/15 - qu'il s'agit d'un élément nouveau qui doit être instruit. Le 13 septembre 2013, la Dresse D_____ confirme que l'état s'est aggravé et qualifie l'état dépressif de sévère. Elle mentionne également un syndrome post-traumatique et des idées suicidaires. Un suivi psychothérapeutique est en cours. Selon ce médecin, l'état de santé s'est modifié de façon notable depuis janvier 2013 et cette aggravation a influencé négativement la capacité de travail dès mars 2013. Dans les limitations fonctionnelles elle mentionne l'impossibilité de se concentrer et des troubles mnésiques sur irritabilité. Il y a une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique et la compliance est optimale. L'incapacité de travail est totale. Le 3 décembre 2013, la Dresse E_____ qui suit le recourant depuis le 13 septembre 2013 à la consultation psychiatrique des HUG, atteste notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, depuis 2004. Dans l'anamnèse, elle mentionne que le recourant relate la dégradation de son état psychique depuis 2008, suite à l'accumulation de nombreux facteurs de stress, tels que la séparation de sa compagne et les conflits consécutifs concernant la garde des enfants, une agression au couteau, en essayant d'aider quelqu'un qui se trouvait couché sur le trottoir, une nette péjoration de son état physique avec l'exacerbation de ses polyarthralgies et l'opération orthopédique, la perte de ses emplois à cause de ses problèmes de santé et un sentiment de précarité sociale. Le recourant a été suivi pendant des périodes intermittentes de 2007 jusqu'à fin 2011 sur le plan psychiatrique. Depuis décembre 2012, il a repris un suivi régulier au CAPPI Pâquis. A l'examen clinique, ce médecin constate une humeur triste avec ruminations anxieuses, idéation suicidaire passagère, baisse de l'attention et de la concentration, tension intérieure, perturbation du sommeil et fatigabilité. Le recourant suit un traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré avec une médication antidépresseur. L'incapacité de travail est totale dès le début du suivi par ce médecin. Dans les restrictions, celle-ci mentionne une tristesse et une anxiété avec idées suicidaires passagères, une fatigabilité, une diminution de la concentration, une irritabilité et une diminution de l'énergie. Par ailleurs, le recourant est épuisé, ses ressources psychiques sont réduites, il se sent fragile et incapable de gérer le stress et la pression. Au vu de ce qui

précède, il appert que, nonobstant l'avis de l'expert psychiatre, il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'une aggravation de l'état de santé s'est produite fin 2012 au niveau psychiatrique, suite à de nombreux problèmes médicaux, notamment la micro-dissectomie subie en 2012. Par ailleurs, le recourant a repris un suivi psychothérapeutique au CAPPI depuis 2012. Les médecins qui ont suivi le recourant à l'époque attestent des symptômes précis dont souffrait le recourant à l'époque et ont également évalué sa capacité de travail qu'ils ont jugée nulle. Cela étant, les affirmations de l'expert psychiatre sont à vrai dire incompréhensibles, en ce qu'il considère que les documents médicaux antérieurs ne sont pas suffisamment précis dans les diagnostics et dans les répercussions psychiatriques pour attester une incapacité de travail. En outre, à part

A/1506/2016 - 13/15 - un épisode dépressif sévère attesté par la Dresse D_____, les médecins traitants retiennent également un épisode dépressif d'intensité moyenne, comme le Dr H_____, ce qui paraît plausible au vu des symptômes constatés. Par conséquent, l'appréciation du Dr H_____ concernant le début de la diminution de la capacité de travail au niveau psychiatrique n'est pas convaincante, dès lors qu'il s'écarte des rapports clairs des médecins qui ont antérieurement soigné le recourant. Dans la mesure où l'expert psychiatre n'a pas connu le recourant à cette époque, il aurait dû se fonder au contraire sur leurs constatations. Au demeurant, les constatations consensuelles d'une expertise multidisciplinaire servent à apprécier la capacité de travail globale, en prenant en considération l'interaction des différentes atteintes. Comme relevé ci-dessus, les experts de la CRR précisent que c'est « l'association » des problèmes somatiques et psychiatriques importants qui justifie une incapacité de travail presque complète dans toute activité. Cette appréciation consensuelle est également signée par l'expert psychiatre, lequel a ainsi expressément donné son accord avec l'appréciation consensuelle. Enfin, comme le relève à juste titre le recourant, le retrait de la garde de ses enfants en 2015 est précisément lié à son incapacité de s'occuper des enfants, que ce soit sur le plan psychiatrique ou somatique, ce qui signifie que le recourant présentait déjà des limitations fonctionnelles très importantes bien avant cette date. d. Reste à examiner si les troubles psychiques du recourant peuvent être considérés comme invalidants sur la base des indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral. En ce qui concerne le premier indicateur, à savoir s'il y a une exagération des symptômes ou une constellation semblable, les experts de la CRR ont certes posé le diagnostic de probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans répercussion sur la capacité de travail. Toutefois, le comportement douloureux démonstratif est à intégrer à la problématique psychiatrique, à savoir le trouble dépressif et les facteurs liés à la personnalité du recourant. En tout état de cause, toutes les atteintes somatiques reposent sur un substrat organique indéniable. Par conséquent, le critère d'exclusion doit être écarté. Concernant l'échec des traitements médicaux, il convient de relever que le recourant à un suivi régulier depuis 2012 et intermittent depuis 2004 aux CAPPIs des HUG. S'agissant du traitement médicamenteux, il y a peu de précisions dans le dossier et dans l'expertise de la CRR. Dans son rapport du 3 décembre 2013, la Dresse E_____ a indiqué un traitement de Cymbalta 60 mg/jour. Au demeurant, un trouble de la personnalité n'est en principe pas accessible à un traitement médicamenteux. Enfin, l'échec des traitements dans les règles de l'art au niveau psychiatrique n'est contesté ni par les experts de la CRR ni par l'intimé.

A/1506/2016 - 14/15 - Quant aux ressources du recourant, elles sont clairement diminuées en raison du trouble de la personnalité mixte avec des composantes émotionnellement labile

de type compulsif et sensitive, ainsi que des atteintes somatiques importantes. L'indicateur de la cohérence est également réalisé, les limitations fonctionnelles se manifestant dans tous les domaines de vie, le recourant vivant de façon désinsérée, n'ayant que peu de cadre et des difficultés à s'adapter aux règles et routines. En raison de troubles cognitifs constatés, l'expert psychiatre juge vraisemblable une diminution des capacités de planification et de structuration des tâches. Par ailleurs, la flexibilité et les capacités d'adaptation sont réduites. La symptomatologie dépressive a des répercussions négatives sur la capacité de jugement, la prise de décision et sur l'endurance. Une conflictualité significative avec des manifestations de dysphorie et une tendance conflictuelle perturbant le sens du contact avec des tiers et la capacité d'évoluer au sein d'un groupe est à craindre en raison du trouble de la personnalité. Les activités spontanées sont enfin réduites. e. Au vu de ce qui précède, la conclusion consensuelle de l'expertise de la CRR paraît convaincante, selon laquelle le recourant ne présente qu'une capacité de travail de 50 % avec une diminution de rendement de 50 % depuis janvier 2013. 10. a. En vertu des art. 28 al. 2 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. b. Selon le calcul non contesté de l'intimé, la perte de gain dans une activité légère exercée à 50 % avec une diminution de rendement de 50 % est de 71,80 %. Cela étant, le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité entière à partir de janvier 2013, la capacité de travail étant diminuée depuis le 24 janvier 2012, selon le rapport de la Dresse D_____. Par ailleurs, le recourant a déposé sa nouvelle demande de prestations en juin 2012. 11. Au vu de ce qui précède, les décisions querellées seront réformées dans le sens que le recourant est mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à partir de janvier 2013. 12. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est octroyée à titre de dépens. 13. L'intimé qui succombe sera condamné au paiement d'un émolument de justice de CHF 200.-.

A/1506/2016 - 15/15 - 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.