

GE_GERICHTE ATAS/627/2018 vom 29. Juni 2018

GE Cour de justice, 2018-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_627_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/627/2018 du 29 juin 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/627/2018 del 29 giugno 2018

Erwägungen

E. 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) La LPGA, entrée en force le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3) Le recours, déposé dans les délai et forme prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA). Les conclusions du recourant tendant à la reconnaissance de son droit aux prestations seront interprétées comme condamnatoires. Elles sont partant recevables, contrairement à des conclusions purement constatatoires, subsidiaires par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2). 4) Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations d'invalidité. 5) Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable.

A/3733/2017 - 22/33 - Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2, ATF 124 V 108 consid. 3a). 6) En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou

améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

a) Pour trancher le droit aux prestations d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

A/3733/2017 - 23/33 - 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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). 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). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la

jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

A/3733/2017 - 24/33 - 7) Dans un récent arrêt de principe, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP 2016 p. 1214). Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3). 8) 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). 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

A/3733/2017 - 25/33 - l'attitude coopérative de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). 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 (ATF 132 V 65 consid. 5.1). Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'alors, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. 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. Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères ressortant de la jurisprudence précitée, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. 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 (F 45.5), 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

A/3733/2017 - 26/33 - 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 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 (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. 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

A/3733/2017 - 27/33 - 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 ses 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 asséurologique 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). En principe, une nouvelle jurisprudence doit s'appliquer immédiatement aux affaires pendantes au moment où elle est adoptée (ATF 135 II 78 consid. 3.2). Cela étant, 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

A/3733/2017 - 28/33 - le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). 9) La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier. a) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4). b) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPG). L'art. 27 du règlement sur l'assurance- invalidité (RAI - RS 831.201) dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). c) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPG, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3). Une modification de l'art. 27bis RAI est entrée en force le 1er janvier 2018. Dès cette date, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7 al. 2 LAI, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition des taux suivants : le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative (let. a) ; le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (let. b) (al. 2). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'art. 16 LPG, étant entendu que: le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps (let. a); la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (let. b) (al. 3).

A/3733/2017 - 29/33 - En règle générale, on part du principe que l'activité lucrative et les travaux habituels sont complémentaires, en ce sens que le temps qui n'est pas consacré à l'activité professionnelle tombe dans le champ des travaux habituels. En d'autres termes, l'addition des deux champs conduit en règle générale à un taux de 100 % (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Toutefois, cela n'a pas pour conséquence qu'une part dévolue aux travaux habituels doive être retenue pour tous les assurés qui travaillent à temps partiel et qui ont

leur propre ménage. Lorsqu'une personne a réduit son temps de travail afin de disposer de plus de temps libre pour ses loisirs et non pour accomplir ses tâches ménagères, il n'y a pas de part consacrée aux travaux habituels et la méthode mixte n'est pas applicable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_846/2015 du 3 juin 2016 consid. 5.2). Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Les activités de loisirs sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels. Dans un tel cas, la méthode générale de comparaison des revenus est applicable pour procéder au calcul du taux d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.1). En effet, dans l'assurance-invalidité, dont le but est d'atténuer les conséquences économiques de l'invalidité, le risque assuré est l'incapacité de gain, qui dépend des diminutions de gain effectives résultant d'atteintes à la santé. Une personne assurée sans problèmes de santé qui n'exploite pas complètement sa capacité lucrative, en ce sens qu'elle décide d'avoir une activité à temps partiel afin de jouir de plus de temps libre alors qu'elle serait en mesure de travailler à temps plein, se satisfait d'un salaire correspondant à un temps partiel et renonce ainsi délibérément à une partie de la rémunération qu'elle pourrait obtenir en cas d'activité à temps plein. La diminution de son revenu est une conséquence de son choix. La partie non mise en valeur de sa capacité lucrative n'est ainsi pas assurée et une compensation par l'assurance-invalidité n'est pas conforme au droit. Partant, une personne assurée active à temps partiel qui n'a pas de travaux habituels subit une perte de gain résultant d'une atteinte à la santé uniquement dans sa sphère professionnelle, qui correspond au taux (hypothétique) d'activité, et ne peut être indemnisée que dans cette mesure. Le degré d'invalidité correspond à la réduction proportionnelle dans l'activité lucrative et ne peut ainsi pas excéder le domaine assuré, déterminé par le taux hypothétique d'activité à temps partiel (ATF 142 V 290 consid. 7.1 et 7.3) d) Pour déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut

A/3733/2017 - 30/33 - notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 et les références). On rappellera encore que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité est une question de droit. En revanche, la constatation du statut (comme personne sans invalidité), c'est-à-dire le point de savoir si et dans quelle mesure l'assuré aurait exercé une activité lucrative, relève d'une question de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 2.2 et les références). 10) En l'espèce, il convient en préambule de relever que les modalités de mise en œuvre de l'expertise confiée

au Dr M_____ ne sont pas conformes aux exigences rappelées ci-dessus. En effet, le recourant n'a pas été informé du choix de l'expert et n'a pu se prononcer sur ce point, et le mandat d'expertise a du reste été considérablement réduit par rapport aux volets prévus selon la communication au recourant du 18 novembre 2014. Ces seuls éléments suffisent à conduire à l'annulation de la décision litigieuse, puisqu'une des expertises qui la fonde a été diligentée en violation du droit d'être entendu du recourant. Sur le fond, si une expertise neurologique n'apparaît effectivement pas indispensable eu égard aux rapports rendus par les Drs B_____ et I_____ et surtout à l'absence de nouveaux diagnostics de cet ordre, on ne peut suivre l'intimé lorsqu'il affirme que l'atteinte relève essentiellement de la médecine interne. En effet, comme l'a souligné à plusieurs reprises le Dr G_____, le recourant est affecté d'une maladie endocrinologique rare, qui justifie une expertise par un spécialiste dans ce domaine et non par un interniste. Le Dr O_____, qui disposait pourtant du rapport du Dr M_____, a du reste lui-même souligné la nécessité d'une expertise endocrinologique afin de clarifier certains points. Or, l'intimé n'a pas mis en œuvre une telle mesure, et il n'existe aucun rapport médical au dossier qui satisfasse à tous les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante de tels rapports. L'intimé a certes déclaré se rallier à l'estimation de la capacité de travail ressortant du rapport du 11 novembre 2017 du Dr G_____, soit 50 % à 60 % dans une activité adaptée. Au plan formel, ce certificat ne contient toutefois pas tous les éléments nécessaires pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En outre, sur le fond, ce spécialiste semble fonder ses conclusions sur des hypothèses non établies au degré de la vraisemblance prépondérante, puisqu'il évoque une « probable » dérégulation de l'adaptation du recourant au stress. Quant aux symptômes perdurant malgré la surrenalectomie gauche, soit notamment les maux de tête et les troubles de l'humeur, il convient de souligner qu'il s'agit là d'atteintes dont le recourant se plaint depuis 2003 en tout cas, comme

A/3733/2017 - 31/33 - cela ressort des expertises réalisées à cette date, et dont il n'est ainsi pas établi à ce stade qu'elles soient en lien avec le syndrome de Cushing ou qu'elles aient été aggravées en raison de cette pathologie. En outre, le Dr G_____ paraît avoir procédé à une estimation de la baisse de rendement en se fondant sur les seules déclarations du recourant quant à sa productivité antérieure, ce qui ne paraît guère suffisant. Enfin, il eût été utile que l'endocrinologue traitant expose les motifs qui le conduisaient à s'écarter du pronostic qu'il avait émis en mars 2014, indiquant alors que le traitement du syndrome de Cushing devrait permettre une évolution de la capacité de travail, et de son rapport du 1er décembre 2015, dans lequel il semblait implicitement admettre une capacité de travail totale dans un environnement professionnel adapté. Sur le plan psychiatrique, il convient de relever ce qui suit. Le Dr O_____ n'a pas apprécié l'incidence du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de travail conformément aux critères nouvellement dégagés par le Tribunal fédéral dans l'arrêt précité, délibéré le 3 juin 2015, soit plusieurs mois avant l'expertise réalisée. En outre, l'expert psychiatre a retenu que le recourant présentait depuis janvier 2015 une baisse de rendement de 30 % dans toute activité, eu égard aux limitations fonctionnelles induites par les troubles psychiques. Or, cette conclusion contraste notamment avec les observations ressortant du status. En effet, le Dr O_____ a souligné l'absence d'aboulie, l'absence de ralentissement psychomoteur et des capacités de concentration, mnésiques et de réflexion nettement au-dessus de la moyenne, ce qui plaide contre un épisode dépressif significatif avec des limitations fonctionnelles. Il a également relevé l'absence de retentissement des plaintes dans la vie quotidienne. Au vu de ces apparentes contradictions, la diminution de rendement de 30 % admise est insuffisamment

motivée pour emporter la conviction. Eu égard à ces éléments, la chambre de céans ne dispose pas des éléments nécessaires pour déterminer la capacité de travail et de gain du recourant au plan somatique et psychique. Il y a ainsi lieu de renvoyer la cause à l'intimé, à charge pour ce dernier de procéder à une expertise endocrinologique. En fonction des conclusions de dite expertise, il appartiendra à l'intimé de déterminer si un complément d'expertise auprès du Dr O_____ – voire une nouvelle expertise psychiatrique – s'avère nécessaire, notamment pour justifier la diminution de rendement retenue. Cette mesure se révélera cependant superflue si le calcul du degré d'invalidité, tenant compte d'une éventuelle incapacité de travail ou de gain d'ordre somatique et de la diminution de rendement de 30 % retenue par l'expert psychiatre, conduit à un taux insuffisant pour ouvrir le droit à des prestations d'invalidité. La chambre de céans rappelle en outre que ces mesures devront être mises en œuvre de manière conforme aux exigences en matière de droit d'être entendu rappelées ci-dessus. Il conviendra également dans ce cadre d'inviter les experts à se prononcer consensuellement sur la capacité de travail globale du recourant, étant toutefois rappelé que contrairement à ce qu'il allègue, le taux de

A/3733/2017 - 32/33 - l'incapacité de travail déterminant pour l'assurance-invalidité ne résulte généralement pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.1). 11) Par économie de procédure, et dès lors que les parties ont eu l'occasion de se déterminer sur ce point, la chambre de céans souligne que le nouveau calcul du degré d'invalidité auquel devra procéder l'intimé une fois doté des renseignements médicaux nécessaires devra se fonder non sur la méthode mixte, mais sur la méthode de comparaison des revenus telle qu'elle s'applique aux personnes actives à temps partiel sans domaine réservé aux travaux habituels. En effet, l'instruction a révélé que le recourant réside à l'étranger, en particulier en Thaïlande, pendant plusieurs mois chaque année. Il ressort de ses explications que ces voyages relèvent essentiellement de loisirs, ponctués d'activités non rémunérées en espèces. Il n'est du reste pas établi que le recourant disposerait lors de ces voyages d'un logement à l'entretien duquel il se consacrerait pleinement. Par conséquent, contrairement à ce qu'allègue l'intimé, il existe des indices sérieux plaçant pour l'absence d'une sphère ménagère. On ne peut pas non plus suivre le recourant lorsqu'il affirme avoir travaillé à 100 % en Suisse, de sorte qu'il ne devrait pas être considéré comme actif à temps partiel. Le fait que le recourant alterne des périodes d'activité complète avec des plages de vacances plutôt que de réduire son taux d'activité sur toute l'année est sans pertinence. En effet, il est patent que la moyenne actuelle d'activité est inférieure à un taux d'activité plein. Partant, on se trouve ici dans la même constellation que celle qui a donné lieu aux arrêts précités, où la diminution du taux d'activité vise à dégager du temps pour des loisirs, et non pour les travaux habituels. 12) En conséquence de ce qui précède, le recours est partiellement admis. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPG). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3733/2017 - 33/33 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1) Déclare le recours recevable. Au fond : 2) L'admet partiellement. 3) Annule la décision de l'intimé du 8 août 2017. 4) Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. 5) Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens. 6) Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé. 7) Informe les parties de ce

qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Julia BARRY

La présidente

Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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