

GE_GERICHTE ATAS/717/2020 vom 1. September 2020

GE Cour de justice, 2020-09-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_717_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/717/2020 du 1 septembre 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/717/2020 del 1 settembre 2020

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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

En l'espèce, est contesté le refus de rente au-delà du 31 mars 2017. Le litige porte ainsi sur le droit du recourant aux prestations de l'intimé au-delà de cette dernière date et en particulier sur la valeur probante du rapport d'expertise psychiatrique contestée par le recourant, le montant du salaire avec invalidité à prendre en considération et de l'abattement retenu par l'intimé en lien avec les limitations fonctionnelles.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, 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. 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, mentale ou psychique 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). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

A/3490/2019 - 14/29 - 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. 5.3

et 9C_344/2015 du 25 novembre 2015 consid. 2.3). Enfin, la nationalité du recourant (ressortissant espagnol) ne justifie pas non plus d'abattement sur le salaire, puisqu'elle ne l'a pas empêché de trouver différents emplois en Suisse. Les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 640/00 du 16 avril 2002 consid. 4d/bb [résumé in : REAS 2002 p. 308]). Compte tenu de ces éléments et au regard de la casuistique citée ci-dessus, l'abattement de 10 % sur le revenu d'invalidité est approprié.

A/3490/2019 - 28/29 -

E. 6

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

E. 7

a. 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 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et ATF 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). 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, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. 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

A/3490/2019 - 15/29 - d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). 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. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). c. 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 (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/3490/2019 - 16/29 - 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. À 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 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

A/3490/2019 - 17/29 - 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 assécurologique 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).

E. 8

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). Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) 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. Il 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

A/3490/2019 - 18/29 - 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).

E. 9

L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2).

E. 10

L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a).

E. 11

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 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 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. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronique et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du

E. 12

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (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

A/3490/2019 - 19/29 - 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 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

E. 13

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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 14

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.

E. 15

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). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est

admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58

A/3490/2019 - 20/29 - consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 16

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

E. 17

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

A/3490/2019 - 21/29 - comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 18

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 19

À titre préalable, il sied de relever que, dans le cadre de la procédure SUVA, la chambre de céans a rendu deux arrêts dans lesquels elle a jugé probante l'expertise du Dr C_____ quant aux atteintes physiques du recourant. La chambre de céans a en conséquence retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée permettant l'alternance des positions debout et assis, sans déplacements répétés dans les escaliers, sans port de charges supérieures à 10 kg, sans trajets répétés en voiture et sans montée sur une échelle. L'expert G_____, mandaté par l'OAI afin de déterminer la capacité de travail du recourant dans le cadre de la présente procédure, est parvenu à la même conclusion. S'agissant des atteintes physiques du recourant, la chambre de céans fait sienne les conclusions de cet expert, dont le rapport a toute valeur probante et n'est pas remis en cause par le recourant, lequel conteste en l'espèce les conclusions de l'expertise psychiatrique du Dr H_____.

E. 20

S'agissant de cette expertise ordonnée par l'OAI, la chambre de céans constate au préalable qu'elle a été réalisée par le Dr H_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et par Mme I_____, spécialiste FMH en psychologie. Cette expertise a été ordonnée par l'OAI sur proposition du SMR compte tenu de la teneur des rapports médicaux de la psychiatre traitante du recourant qui estimait que ce dernier était incapable de travailler dans toute activité. Cette expertise est venue compléter l'expertise faite par l'expert orthopédiste et le dossier médical du recourant y compris celui établi par la SUVA. Les conclusions de l'expertise ne convergent certes pas avec l'avis de la psychiatre traitante quant à la capacité de travail du recourant, mais le rapport d'expertise expose les constatations et diagnostics des experts et explique les divergences avec les constats et diagnostics de la psychiatre traitante.

A/3490/2019 - 22/29 - Les experts, eu égard à leurs compétences de psychiatre, respectivement psychologue, ont été choisis à raison pour examiner la répercussion de troubles psychiques du recourant sur la capacité de travail de ce dernier et sur ses activités habituelles. Le grief du recourant s'agissant du fait que ces experts ne sont pas des experts

somaticiens n'est pas fondé au vu du mandat d'expertise qui leur était confié. Au demeurant, ces experts, sans avoir à établir l'existence de troubles somatoformes, sont partis du postulat de l'existence de ces troubles. En effet, à teneur de leur expertise cette entité diagnostique apparaissait comme probable vu le contexte somatique faible qui ne pouvait pas expliquer l'intensité des plaintes de l'expertisé. Les experts ont passé en revue les critères diagnostiques du trouble somatoforme douloureux et les indices jurisprudentiels de gravité qui sont les mêmes pour les troubles dépressifs légers et moyens. Le grief du recourant est dès lors infondé. La situation médicale du recourant a été exhaustivement instruite et il appartient à la chambre de céans de se prononcer sur la valeur probante des différents avis médicaux contenu dans ce dossier. Il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.1).

E. 21

Quant à l'appréciation des éléments médicaux au dossier, la chambre de céans observe que les experts ont pris connaissance du dossier complet du recourant, discuté les avis des médecins du recourant, en particulier celui de la psychiatre traitante, et de ceux ayant eu à se prononcer sur ce cas, présenté des anamnèses détaillées et fouillées, et retranscrit précisément les informations livrées par le recourant, s'agissant en particulier de son état de santé psychique, de ses plaintes, de ses habitudes et de l'aide de ses proches, des traitements suivis. Ils ont argumenté chaque diagnostic retenu et motivé leurs conclusions lorsqu'elles divergeaient de celle de la psychiatre traitante notamment. Le rapport a retenu un épisode dépressif léger au moment de l'expertise et a rejoint l'avis de la psychiatre traitante qui avait posé le diagnostic d'épisode dépressif de degré moyen dans ses derniers rapports de 2019. Les experts n'ont pas relevé, au contraire de la psychiatre traitante, de plaintes de type psychotique, obsessionnelle compulsive, d'aboulie ni d'anhédonie malgré une diminution partielle des plaisirs et un isolement social partiel depuis 2017. Les experts n'ont d'ailleurs pas constaté de symptômes psychotiques. L'anamnèse psychiatrique révélait que l'expertisé est parfaitement éveillé, orienté dans l'espace et le temps, sans troubles attentionnels et mnésiques observés et sans troubles de la concentration objectivables chez un assuré qui gère son quotidien en dehors des activités lourdes physiquement selon l'anamnèse. Si l'expertisé s'était plaint de tristesse liée à sa situation et à ses moyens financiers limités l'empêchant de

A/3490/2019 - 23/29 - rejoindre son épouse en Espagne, il conservait selon ses propres déclarations la capacité de gérer seul ses tâches administratives, son ménage et ses courses à l'exception des tâches lourdes pour lesquelles son frère et sa belle-sœur l'aidaient. Il conservait certains liens sociaux avec un ami et les membres de sa famille, avait des loisirs comme regarder la télévision et voir son ami, son frère et sa belle-sœur, et partait seul en vacances en Espagne, pour rejoindre sa famille notamment. Aux examens psychométriques, l'expertisé a obtenu des résultats compatibles avec des capacités intellectuelles modestes mais sans impact dans son quotidien. Les examens en lien avec la consommation d'alcool n'ont pas démontré de dépendance éthylique ou à d'autres substances, contrairement à ce que la psychiatre traitante avait relevé dans son dernier rapport. Les capacités fonctionnelles effectives du recourant ont été analysées et les facteurs contraignants extérieurs limitant ses capacités fonctionnelles ainsi que les potentiels de compensation ont été relevés par les experts. À l'issue de cet examen, il apparaît que le recourant a conservé sa capacité fonctionnelle à vaquer à ses activités quotidiennes, à l'exclusion des activités lourdes pour

lesquelles il a néanmoins le soutien de ses proches. L'assuré n'est pas privé de ressources mobilisables et n'est pas anosognosique. L'évaluation de l'exigibilité retenue par les experts repose donc bien sur une base objective. La conclusion selon laquelle les affections psychiques, à l'instar des atteintes somatiques, n'étaient pas susceptibles d'entraîner une incapacité de travail dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles déjà retenues par l'expert orthopédique apparaît ainsi fondée. Dans l'appréciation globale de la capacité de travail, le trouble psychique du recourant, en présence d'un trouble de la personnalité mixte, n'apparaît ainsi pas invalidant. Ce diagnostic ne souffre pas de lacune, chaque plainte ayant été prise en compte, les diagnostics de la psychiatre traitante ayant été discutés avant d'être dans une certaine mesure rejoints par les experts, sauf pour les symptômes psychotiques absents et la question de la consommation d'alcool, ces deux éléments étant contredits par le recourant, par les examens cliniques, les tests et observations des experts, ce qui renforce la valeur probante de l'expertise au contraire de l'avis de la psychiatre traitante. En ce qui concerne l'avis de cette dernière, il est encore relevé qu'elle a posé plusieurs diagnostics. En février 2017, celui d'un épisode dépressif moyen à sévère, avec un pronostic favorable, puis en avril 2017, un diagnostic d'épisode dépressif de degré moyen, avec un pronostic favorable et une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée à long terme. Elle a ensuite relevé, le 15 août 2017, une péjoration de l'état dépressif avec un pronostic plutôt favorable mais qui dépendait de la conjoncture professionnelle, avant de retenir, le 21 septembre 2018, un état dépressif résistant au traitement et une incapacité de travail dans toute activité.

A/3490/2019 - 24/29 - Enfin, en février 2019, elle relevait un épisode dépressif de degré moyen et une capacité de travail nulle. Si l'évolution du cas peut s'expliquer, le seul diagnostic de dépression de degré moyen rappelé au fil des écrits de la psychiatre ne permet pas de comprendre la répercussion de cet épisode sur la capacité de travail dans une activité adaptée ou dans les activités habituelles du recourant. Les rapports de la psychiatre traitante ne sont dès lors pas propres à remettre en cause les conclusions des experts qui ont diagnostiqué le même trouble dépressif évoluant de moyen à léger sans constater de symptômes de la lignée psychotique ni, après avoir pris en compte les explications du recourant, de limitations dans les activités habituelles de ce dernier, sauf les activités physiques lourdes impossibles à réaliser en raison de ses atteintes physiques. Quant au caractère résistant ou non de l'état dépressif, les experts ont expliqué de façon convaincante pourquoi ils ne le considéraient pas comme résistant à la thérapie. La thérapie n'était en l'état pas adaptée. Le recourant estimait au demeurant ne pas être au bénéfice d'un suivi psychiatrique. L'état dépressif pouvait en revanche s'améliorer avec une thérapie adéquate mais risquait d'évoluer défavorablement dans le cas contraire. En définitive, les rapports de la psychiatre traitante ne permettent pas de douter du bien-fondé du diagnostic psychiatrique retenu par les experts à l'issue d'investigations approfondies, ni de leurs conclusions quant à la capacité de travail et à ses limitations dans celle-ci et dans ses activités habituelles. Dans ces conditions, les conclusions du rapport d'expertise selon lesquelles la capacité de travail du recourant est entière dans une activité adaptée ne sont pas critiquables. Les experts sont parvenus à des conclusions qui confirment celle de l'expert orthopédique quant aux limitations du recourant et ont motivé leur évaluation conformément aux indicateurs développés par le Tribunal fédéral. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans considère que l'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle tiendra donc pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que la capacité de travail du

recourant est nulle dans son activité précédente mais entière dans une activité adaptée, tant sur le plan somatique et que sur le plan psychique, ce depuis le mois de janvier 2017.

E. 22

Le recourant contestant la comparaison des revenus avec et sans invalidité et la déduction de 10 % retenue par l'OAI, la chambre de céans rappellera dans un premier temps que le recourant aurait pu obtenir, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, un revenu annuel de CHF 55'159.- (soit CHF 4'243.- \times 13) dans son ancienne activité de monteur d'échafaudages, en 2017, selon les données communiquées par l'ancien employeur du recourant.

A/3490/2019 - 25/29 - En se référant au salaire statistique issu de l'ESS 2016 dans la branche de la construction spécialisée (soit la ligne 43 du tableau TA1_tirage_skill_level, secteur dans lequel était employé celui-ci avant son atteinte à la santé et qui englobe le montage d'échafaudages à teneur de la nomenclature générale des activités économiques [NOGA 2008], publiée par l'office fédéral de la statistique [ci après : OFS], cf. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/industrie-services/nomenclatures/noga/publications-noga-2008.assetdetail.344103.html>, p. 122), la moyenne des salaires usuels obtenus par les hommes dans ce domaine est de CHF 5'508.- par mois, part au 13ème salaire comprise, selon le niveau de compétence 1, correspondant aux tâches physiques et manuelles simples, soit CHF 66'096.- par année (CHF 5'508.- \times 12) pour 40 heures de travail par semaine. Il convient de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016 dans le domaine concerné (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_692/2010 du 31 janvier 2011 consid. 3.3), laquelle est de 41,3 heures (cf. tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique », publié par l'OFS), ce qui porte le revenu annuel à CHF 68'244.12 (CHF 66'096.- \times 41,3/40). Réactualisé à 2017 – année déterminante pour la comparaison des revenus – selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les hommes, publié par l'OFS (ISS en 2016 : 2239 et en 2017 : 2249), ce revenu est de CHF 68'548.91 (CHF 68'244.12 \times 2249 / 2239). En comparant ce revenu avec le revenu sans invalidité de CHF 55'159.-, on obtient une différence de 19,53 % (soit CHF 68'548.91 – CHF 55'159.- = CHF 13'389.91; CHF 13'389.91 \times 100 / CHF 68'548.91 = 19,53 %). La part excédant le taux déterminant de 5 % est par conséquent de 14,53 % (19,53 % - 5 %). Si l'on augmente de 14,53 % le revenu effectif qu'aurait réalisé en 2017 le recourant sans atteinte à la santé, le revenu sans invalidité s'élève alors à CHF 63'175.46 (CHF 55'159.- \times 14,53 % = CHF 8'016.46; CHF 55'159.- + CHF 8'016.46 = CHF 63'175.46).

E. 23

Pour ce qui est du revenu avec invalidité, dès lors que le recourant n'a pas repris d'activité professionnelle, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base des statistiques salariales figurant dans l'ESS. En ce qui concerne l'année de référence des tableaux statistiques à appliquer, l'ESS 2016 était déjà publiée (le 26 octobre 2018) au moment déterminant de la décision de l'OAI du 6 août 2019. Aussi convient-il de se référer à la version 2016 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). Le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités physiques ou manuelles simples (niveau de compétence 1) dans le secteur privé. Vu que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, il y a lieu d'admettre qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation

particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Il n'est pas irréaliste de retenir qu'il existe, parmi la large palette d'activités considérées, un A/3490/2019 - 26/29 - emploi adapté à la situation du recourant sur un marché du travail équilibré. Cette notion est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2). D'après l'ESS 2016, le revenu statistique tiré d'activités physiques ou manuelles simples s'élève à CHF 5'340.- par mois (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, total, homme, part au 13ème salaire comprise) ou à CHF 64'080.- par année (CHF 5'340 × 12). Ce salaire hypothétique se base toutefois sur une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises. Il convient dès lors de l'ajuster à la durée hebdomadaire normale de travail en 2016, laquelle est de 41,7 heures (tableau « Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'OFS), ce qui porte le salaire annuel à CHF 66'803.40 (CHF 64'080.- × 41,7 / 40). Après adaptation de ce montant à l'évolution des salaires nominaux pour les hommes en 2017 – année déterminante pour la comparaison des revenus – (ISS en 2016 : 2239 et en 2017 : 2249), le revenu avec invalidité est de CHF 67'101.76 (CHF 66'803.40 × 2249 / 2239) pour un plein temps.

E. 24

À ce salaire, l'intimé a opéré un abattement de 10 % dans sa décision 6 août 2019 pour tenir compte des limitations fonctionnelles du recourant. Le recourant estime que cet abattement est insuffisant au vu de son âge, de sa nationalité étrangère et de l'absence de formation.

E. 25

Selon la jurisprudence, l'âge de l'assuré ne constitue pas per se un facteur de réduction du salaire statistique. Autrement dit, il ne suffit pas de constater qu'un assuré a dépassé la cinquantaine au moment déterminant du droit à la rente pour que cette circonstance justifie de procéder à un abattement. Le Tribunal fédéral a insisté sur ce point et affirmé que l'effet de l'âge combiné avec un handicap doit faire l'objet d'un examen dans le cas concret, les possibles effets pénalisants au niveau salarial induits par cette constellation aux yeux d'un potentiel employeur pouvant être compensés par d'autres éléments personnels ou professionnels, tels que la formation et l'expérience professionnelle de l'assuré concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C_227/2017 du 17 mai 2018 consid. 5 et les références citées).

E. 26

Dans un arrêt du 22 janvier 2016 (8C_311/2015 consid. 4.5), le Tribunal fédéral a confirmé - s'agissant d'un assuré âgé de près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus, sans formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, disposant d'une capacité de travail exigible de 100 % dans une activité adaptée - un abattement de 10 %, qui tenait suffisamment compte de l'âge et des limitations fonctionnelles (sans port de charges répété du membre supérieur droit au corps de plus de 10 kg, sans port de charges répété de plus de 5 kg du membre supérieur droit éloigné du corps et sans mouvement répétitif de rotation interne et externe contre résistance de plus de 5 kg et sans mouvement au-dessus du niveau A/3490/2019 - 27/29 - des épaules et, pour des séquelles au niveau du genou droit, sans long déplacement en terrain régulier, sans déplacements fréquents en terrain irrégulier, sans utilisation d'escaliers de manière fréquente, ni de travaux à genoux ou accroupis et sans travaux nécessitant la marche avec des charges de plus de 15 kg).

E. 27

En l'espèce, le recourant, né le 9 décembre 1965, a travaillé dès ses 16 ans en Espagne et en Suisse. Il a été employé dans l'hôtellerie, puis a œuvré comme plombier, ferrailleur et monteur d'échafaudages. Il dispose d'une certaine capacité d'adaptation sur le plan professionnel susceptible, le cas échéant, de compenser les désavantages compétitifs liés à son âge (51 ans au moment déterminant le 1er septembre 2017), surtout dans le domaine des emplois non qualifiés qui sont, en règle générale, disponibles indépendamment de l'âge du recourant sur le marché équilibré du travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C_403/2017 du 25 août 2017 consid. 4.4.1 ; 8C_805/2016 du 22 mars 2017 consid. 3.4.3). De plus, le recourant ne se trouve pas à un âge qui l'obligerait à mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle sur le marché du travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne, soit qui entraînerait un désavantage salarial. L'âge de 51 ans ne correspond pas à celui ouvrant le droit à une rente de l'assurance-vieillesse et survivants permettant de parler d'un âge avancé déterminant (cf. ATAS/1041/2019 du 12 novembre 2019 consid. 16). L'absence d'expérience et de formation ne joue pas de rôle lorsque le revenu d'invalidité est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives de niveau de compétence 1 (dès l'ESS 2012), lequel concerne une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation ni expérience professionnelle spécifique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2). Au demeurant, tout nouveau travail va de pair avec une période d'apprentissage, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'effectuer un abattement à ce titre (arrêt du Tribunal fédéral 8C_103/2018, 8C_131/2018 du 25 juillet 2018 consid. 5.2 et la référence). Par ailleurs, le niveau de qualification professionnelle déterminant in casu (niveau de compétence 1) ne nécessite pas une bonne maîtrise d'une langue nationale (cf. par exemple arrêts du Tribunal fédéral 9C_777/2015 du 12 mai 2016 consid.

E. 28

Ainsi, en opérant une réduction de 10 % sur les salaires statistiques, le revenu d'invalidité s'élève à CHF 60'391.59 (CHF 67'101.76 – CHF 6'710.17 ; CHF 6'710.17 = CHF 67'101.76 × 10 %). Comparé au revenu sans invalidité de CHF 63'175.46, il en résulte un taux d'invalidité de 4,40 % $([CHF\ 63'175.46 - CHF\ 60'391.59] / CHF\ 63'175.46 \times 100)$, arrondi à 4 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2), soit un taux inférieur à celui donnant droit à une rente d'invalidité (40 %) ou à celui donnant droit à des mesures de reclassement (20 %, cf. ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Le recourant n'a dès lors pas droit à une rente de l'assurance-invalidité ni à des mesures de reclassement.

E. 29

Au vu de ce qui précède, le recours mal fondé, est rejeté.

E. 30

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-. * * * * *

A/3490/2019 - 29/29 - 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.