

GE_GERICHTE ATAS/740/2016 vom 19. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_740_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/740/2016 du 19 septembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/740/2016 del 19 settembre 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations de l'assurance-invalidité au motif que le recourant n'est atteint d'aucune maladie justifiant une diminution de sa capacité de travail.

E. 4

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

E. 5

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son

A/4073/2015 - 18/28 - entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 6

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).

E. 7

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. 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. 28a al. 1 LAI). 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. 8

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

A/4073/2015 - 19/28 - insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la

pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 9

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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

A/4073/2015 - 20/28 - Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports

établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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. A 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. 10

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;

A/4073/2015 - 21/28 - 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. 11

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 12

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. 13

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.

E. 14

Une décision peut être qualifiée d'arbitraire (art. 9 Cst.) si elle est manifestement insoutenable, méconnaît gravement une norme ou un principe juridique clair et indiscuté, ou heurte de manière choquante le sentiment de la justice et de l'équité; il ne suffit pas qu'une autre solution paraisse concevable, voire préférable; pour que

A/4073/2015 - 22/28 - cette décision soit annulée, encore faut-il qu'elle se révèle arbitraire non seulement dans ses motifs, mais aussi dans son résultat (ATF 138 I 49 consid. 7.1; ATF 137 I 1 consid. 2.4; ATF 136 I 316 consid. 2.2.2).

E. 15

En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé, de s'être fondé, dans la décision entreprise, sur l'avis du SMR, lequel s'est fondé uniquement sur l'expertise du CEMED, expertise dans laquelle le recourant voit des contradictions et des conclusions « invraisemblables ». a. Il s'agit donc de déterminer si l'expertise querellée peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Tel est bien le cas. Cette expertise pluridisciplinaire répond en effet à tous les critères jurisprudentiels requis pour se voir reconnaître une telle valeur probante. Elle a en effet été établie par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, les experts aboutissant à des résultats convaincants. Il n'est pas inutile de rappeler que le SMR avait recommandé la mise en place d'une telle expertise en raison des profondes divergences entre les divers avis médicaux recueillis, médecins traitants d'une part, et expert psychiatre désigné par l'assureur perte de gain d'autre part. Ce rapport explique dans un premier temps la méthodologie selon laquelle cette expertise a été réalisée. Le dossier a été analysé et résumé par un médecin ne participant pas aux examens. Les experts ont examiné séparément le recourant, après avoir lu attentivement le dossier et le résumé. Ils ont établi conjointement le rapport après discussion interdisciplinaire. Enfin le document final a été soumis en dernière relecture à un médecin expert n'ayant pas examiné le patient, afin de juger de la clarté du texte et de la pertinence des conclusions. Comme cela ressort des faits retenus ci-dessus, cette expertise comporte une anamnèse détaillée, tant sur le plan

personnel, que familial et professionnel de l'expertisé, que par rapport à son histoire médicale. Elle a largement inventorié les plaintes de l'expertisé, dans tous les domaines médicaux, tant sur le plan des divers domaines de la médecine interne, que sur le plan rhumatologique et psychique. Les experts ont chacun examiné personnellement l'expertisé, sur la base de l'étude approfondie du dossier et de son résumé. Ces examens sont consignés dans le status de médecine interne d'une part, le status rhumatologique, comportant l'aspect neurologique et ostéo-articulaire, et enfin le status psychique. a. Le recourant reproche aux experts de n'avoir consulté que certaines pièces du dossier, alléguant notamment que les experts n'auraient pas consulté les rapports du Dr C _____ du 10 avril 2013, et du Dr D _____ des 18 janvier 2013 et 17 juin 2013. Cette imputation ne procède d'une lecture sélective et lacunaire de ce rapport d'expertise : s'il est exact que l'on trouve en début de rapports une rubrique intitulée « liste des pièces consultées », qui pourrait en effet susciter une telle remarque, il suffit en revanche de lire la suite du rapport, et en particulier le chapitre « analyse du dossier », pour notamment constater en page 4 que le § 6 est consacré aux rapports du 18 janvier 2013 du Dr D _____, qu'en page 5 § 3, il est fait référence

A/4073/2015 - 23/28 - au contenu du rapport du Dr C _____ du 10 avril 2013, et que le § 6 traite du rapport du Dr D _____ du 17 juin 2013. Il est d'ailleurs relevé que ce praticien précise alors qu'il lui semble qu'il y a une légère discordance entre le discours du patient et son examen... Il manque de motivation, le médecin s'interrogeant sur la question de savoir s'il y a une recherche de rente AI. La chambre de céans remarque à cet égard que cette observation est corroborée par d'autres éléments du dossier: examiné par le Dr E _____ le 28 janvier 2013 il affirmait à l'expert qu'il ne désirait pas recevoir de rente de l'AI ou à la rigueur de manière partielle. Puis, alors qu'il s'était inscrit auprès de l'office régional de l'emploi (ci-après: ORP) le 7 mai 2013 l'assuré a indiqué le 1er juillet 2013 que son incapacité totale de travail en cours depuis le 7 mai 2012 était définitive à 100%; qu'il n'envisageait pas la reprise prochaine d'une activité; que sa demande de prestations du 27 septembre 2012 auprès de l'OAI tendait à l'obtention d'une rente entière; qu'il ne se considérait pas en mesure de travailler dans l'attente de la décision de l'AI; qu'il avait contesté la décision de l'assureur perte de gain maladie de mettre fin au versement d'indemnités journalières au 31 mars 2013; qu'il n'avait effectué aucune recherche d'emploi avant ou depuis son inscription à l'ORP. b. Le recourant allègue que l'expertise du CEMed contiendrait des contradictions. Il observe que l'expertise retient les atteintes à la santé suivante : trouble panique, traits de la personnalité anankastique, lombalgies et cervicalgies, syndrome des apnées du sommeil appareillé, hypertension artérielle et hypercholestérolémie; qu'elle constate que le recourant rencontre des difficultés adaptatives, avec une réduction de la tolérance au stress, qui peut déclencher la survenue de crise anxieuse. Et surtout qu'en réponse à une question (« depuis quand cet assuré a-t-il une incapacité de travail justifiée médicalement ? »), les experts répondent : « depuis mai 2012 ». Selon le recourant, la contradiction résiderait dans le fait que malgré ses constatations l'expert psychiatre conclut que les symptômes anxieux constatés n'ayant pas une intensité et une fréquence suffisante, la capacité de travail est complète en temps et rendement. Contrairement à ce que pense le recourant, cette expertise ne comporte pas de contradictions : concernant les atteintes à la santé, il ne semble pas faire la différence entre celles qui auraient des répercussions sur la capacité de travail, et celles qui n'en ont pas. Or, les experts ont clairement répondu qu'il n'existe aucune atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail, et toutes celles qui sont évoquées par le recourant, - lequel ne rapporte d'ailleurs pas que l'hypertension artérielle et hypercholestérolémie sont «

traitées », sont retenues comme des atteintes n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Ainsi, les experts, et le spécialiste psychiatre en particulier, ont expliqué les raisons pour lesquelles les symptômes anxieux, même présents depuis longtemps, ne sauraient être retenus comme incapacitants, faute d'intensité et de fréquence suffisante. Le recourant n'a pas fait la différence entre la prise en compte par le ou les experts des éléments ressortant du dossier, et la confrontation de ceux-ci avec leurs propres constatations lors de l'examen personnel de l'expertisé, exercice qui, dans le cas particulier aboutit à des conclusions parfaitement

A/4073/2015 - 24/28 - cohérentes. L'intimé a relevé à juste titre, par rapport à cette critique, que l'expertise du CEMed se fonde sur des examens complets et une description claire de la situation médicale du recourant. Les conclusions sont bien motivées et aboutissent à un résultat convaincant. Rappelant que selon le Dr E_____ le recourant présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen en rémission partielle, ainsi qu'une anxiété généralisée, également en rémission, les experts du CEMed ont retenu que le Dr E_____ avait constaté une amélioration de la symptomatologie avec notamment une disparition de la symptomatologie dépressive, ainsi qu'une rémission de l'anxiété également. Ils précisent que sur le plan thymique le status psychiatrique ne met pas en évidence une humeur dépressive, qui pourtant est signalée par l'expertisé dans ses plaintes. On ne relève ni humeur dépressive stablement installée, pas de ralentissement psychomoteur ni de culpabilité pathologique. La mémoire et la concentration sont globalement conservées. Il n'y a pas d'idéation suicidaire. Selon les critères en vigueur, ceux-ci ne sont pas remplis pour pouvoir retenir un diagnostic de trouble dépressif. S'agissant du trouble anxieux, les experts relèvent que les symptômes anxieux constatés n'ayant pas une intensité et fréquence suffisante, la capacité de travail est complète en temps et en rendement. Il ressort ainsi que l'expertise du CEMed vient confirmer les conclusions du premier expert. S'il existe une divergence, celle-ci réside dans l'appréciation de la capacité résiduelle de travail. Par rapport à cette divergence, le recourant reproche à l'intimé de ne pas dire en quoi il conviendrait de retenir l'avis des experts du CEMed plutôt que celle du premier expert. Cette objection n'est pas fondée. C'est omettre en effet que le Dr E_____ a retenu dès le 1er avril 2013 une pleine capacité de travail, après un léger temps d'adaptation à 50 %. Les experts du CEMed ont répondu à la question de savoir quelle était la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle, que celle-ci était complète en temps et rendement. La réponse fut la même s'agissant d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Certes, les experts n'ont pas précisé à partir de quand cette capacité était complète, quelle que soit l'activité, mais on comprend d'une part que tel était le cas au moment où l'expertise a été rendue, mais en référence à l'expertise précédente, à laquelle ils se réfèrent, on comprend que cette capacité de travail entière existait à tout le moins dès le 1er avril 2013, sinon antérieurement. Ils expliquent d'ailleurs que la reprise de travail (en mars 2013) semble avoir été compromise par la survenue d'une crise anxieuse et la majoration de la symptomatologie d'asthénie. La chambre de céans considère à cet égard qu'il est inutile d'investiguer davantage, notamment par l'audition des experts du CEMed, sollicitée par le recourant, sur la question de savoir si ces derniers considèrent que la capacité entière de travail de ce dernier était déjà antérieure au 1er avril 2013, dans la mesure où la décision entreprise a de toute manière nié l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif qu'à l'issue du délai de carence, soit le 7 mai 2013, la capacité de travail est entière dans toutes activités. c. Le recourant se prévaut encore de ce que son médecin traitant généraliste a toujours considéré qu'il était en incapacité de travail à 100 % dès le début de l'arrêt

A/4073/2015 - 25/28 - de travail, soit le 7 mai 2012, et actuellement encore. Il admet certes que son psychiatre traitant a fluctué dans son appréciation, mais retient tout de même qu'en définitive, il considère lui aussi que l'incapacité de travail est totale. Le recourant constate ainsi que l'avis de ses médecins traitants est « diamétralement opposé », à celui des experts, du CEMed en particulier. Il considère dès lors, au vu des contradictions prétendues, - mais non avérées -, qu'il croit pouvoir déceler dans l'expertise pluridisciplinaire, qu'il se justifie de retenir que les troubles anxieux ont des répercussions sur la capacité de travail du recourant ; et que, dans la mesure où ses tentatives de reprise de travail se sont soldées par un échec, traduit par ses médecins traitants comme un signe d'aggravation de l'état de santé, il se justifierait de retenir une incapacité de travail à 100 %. L'appréciation du Dr C_____, qui n'est pas psychiatre, a dès son premier rapport médical, du 9 novembre 2012, à l'intention de l'OAI, retenu en premier lieu parmi les diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail une dépression chronique existante depuis 2003, concluant que l'incapacité de travail est de 100 % dès le 7 mai 2012 pour une période indéterminée, les restrictions étant surtout psychiques. Son appréciation ne peut dès lors de toute manière pas avoir une pleine valeur probante. S'agissant du docteur D_____, son avis a beaucoup fluctué, et s'il s'est en définitive prononcé pour une incapacité de travail totale, il n'explique pas de façon convaincante l'aggravation alléguée de l'état de santé psychique de son patient, après l'amélioration qu'il avait constatée en 2013, corroborant l'avis du premier expert psychiatre, le Dr E_____. Quoi qu'il en soit, au vu de la jurisprudence rappelée précédemment, et selon laquelle 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), on ne saurait que considérer ici l'opinion des médecins traitants avec réserve, et ne pas privilégier l'opinion des médecins traitants par rapport aux conclusions de l'expertise du CEMed. On notera d'ailleurs à cet égard que parmi les documents médicaux, émanant des médecins traitants, produits par le recourant, postérieurement au rapport d'expertise du CEMed, que ce soit le rapport médical du Dr D_____ (daté du 24 juin 2015 et reçu par l'intimé le 30 juin 2015), ou l'attestation médicale du Dr C_____ du

E. 16

Au vu de ce qui précède, en tous points mal fondés le recours sera rejeté.

E. 17

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/4073/2015 - 28/28 - 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.