

GE_GERICHTE ATAS/75/2020 vom 3. Februar 2020

GE Cour de justice, 2020-02-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_75_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/75/2020 du 3 février 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/75/2020 del 3 febbraio 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

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. 4

Les modifications du 18 mars 2011 de la LAI (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

E. 5

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).

E. 6

En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 13 février 2019, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

E. 7

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

E. 8

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité

A/988/2019 - 15/29 - du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). En l'occurrence, l'intimé étant entré en matière dès la présentation de la nouvelle demande, cet aspect n'étant pas litigieux, la chambre de céans n'a pas à revenir sur cette question.

E. 9

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement d'un droit à une rente, refusée par l'OAI au motif que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, moyennant le respect de ses limitations fonctionnelles, la comparaison des revenus avec et sans invalidité déterminant un taux d'invalidité de 4 % (arrondi), le recourant estimant, de son côté, être totalement incapable de se retrouver dans une place de travail quelle qu'elle soit, notamment en raison de ses peurs.

E. 10

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, 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).

E. 11

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.

E. 12

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. 13

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

A/988/2019 - 16/29 - 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 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue - ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). 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 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).

A/988/2019 - 17/29 - Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : - catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) ; - complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) ; - expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3) ; - complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) ; - complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) ; - catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) ; - limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). 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. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi

A/988/2019 - 18/29 - lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). 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 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 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).

A/988/2019 - 20/29 - 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 asséculoologique 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 (inévitabile) 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). d. 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 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. 14

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). 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

A/988/2019 - 21/29 - 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. 15

a. 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 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). 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 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. c. 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). d. 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

A/988/2019 - 22/29 - 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 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). e. 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 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants.

Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). f. 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

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat

A/988/2019 - 23/29 - médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 17

a. 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). Les faits survenus postérieurement 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). b. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf

dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). c. 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

A/988/2019 - 24/29 - 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. 18

En l'espèce, il est constant que la demande de prestations d'assurance-invalidité repose à la fois sur des atteintes somatiques, et psychiques, quand bien même selon le recourant lui-même et ses médecins traitants, l'aspect psychique est actuellement prépondérant. Il convient dès lors d'examiner chacune de ces composantes pour déterminer si l'appréciation de l'intimé par rapport à chacun de ces aspects justifie les conclusions qu'il en a tiré pour conclure au rejet de la demande de prestations.

E. 19

Sur le plan somatique, le SMR a retenu dans son rapport final du 19 février 2019 que l'activité habituelle de jardinier n'est plus possible depuis janvier 2014, l'atteinte principale à la santé, sur ce plan, étant celle de gonarthrose débutante, les autres atteintes étant les lombalgies communes. Ce nonobstant, ces atteintes somatiques permettent néanmoins de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles, soit : pas de port de charges supérieures à 10 kg, pas de flexion ni torsion du tronc, pas de position à genou ou accroupie, pas de marche en terrain irrégulier ni de station debout prolongée et pas d'utilisation répétée d'escaliers. Il convient à cet égard de relever que l'avis exprimé par le service médical de l'intimé peut se voir reconnaître une pleine valeur probante, au vu des principes rappelés ci-dessus concernant les exigences que l'on doit attendre d'un avis du SMR voir ci-dessus consid. 14 let. d). Dans un précédent rapport (16 mars 2018), le SMR avait rappelé qu'en raison des discordances entre les médecins (médecin traitant et spécialiste en rhumatologie notamment), l'instruction avait été reprise, notamment, dans le domaine rhumatologique, pour documenter les conclusions à en tirer, sur le plan de la CT notamment, puisque dans son premier avis, le Dr E_____ ne s'était pas formellement prononcé sur cette question, ce qu'il a fait par la suite, aboutissant à la conclusion que la CT dans l'activité habituelle était nulle, mais entière (100 %) dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles qu'il avait déjà retenues précédemment. Les conclusions de ce spécialiste sont convaincantes, basées sur des

renseignements anamnestiques adéquats, prenant en compte les plaintes du patient et les propres constatations qu'il a pu faire à l'examen clinique. Celles, plus pessimistes, du médecin traitant doivent être appréciées avec retenue, non seulement parce qu'il n'explique pas, à l'époque – soit avant que ne soit prise la décision entreprise –, notamment pas les raisons pour lesquelles, sur le plan somatique, la CT dans une activité adaptée ne serait, selon lui, que de 50 % environ ; et plus encore, dans son dernier rapport, produit en cours de procédure judiciaire, il n'explique pas les raisons pour lesquelles la CT de son patient serait nulle dans toute activité, non seulement sur le plan psychique – qu'il retient d'ailleurs comme l'atteinte prépondérante à la santé –, mais également sur le plan somatique, et rhumatologique en particulier (rapport du 9 avril 2019). Ceci dit, les autres atteintes somatiques qu'il retient, traitées, ne sont pas incapacitantes en tant que telles, (quoi

A/988/2019 - 25/29 - qu'il en dise, les qualifiant de complications somatiques sévères dont les critères ouvriraient selon lui un droit à une rente, au même titre que l'atteinte psychique [état dépressif récurrent sévère]). Le médecin traitant conclut d'ailleurs que « la non reconnaissance de ce droit [à la rente] acutise les souvenirs de maltraitance ou de viols qui restent ainsi « impunis ». On ne saurait certes reprocher au médecin traitant de faire preuve d'empathie à l'égard de son patient, et de largement répercuter les plaintes subjectives de ce dernier : ceci est inhérent à la nature du rapport de confiance, essentiel dans le cadre du mandat thérapeutique qui l'unit à son patient. Mais, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, cet aspect doit être pris en compte dans l'évaluation qu'il convient de faire de l'avis du médecin traitant lorsqu'il ne concorde pas avec celui des autres médecins consultés. Ce qui est notamment le cas ici par rapport à l'avis du spécialiste rhumatologue à qui il a lui-même adressé son patient pour une consultation spécialisée, mais aussi des médecins de l'intimé, voire de l'expert désigné par l'OAI. On observera d'ailleurs concernant ce dernier, psychiatre, que le Dr B _____ semble ne pas partager l'avis de cet expert (Dr H _____), mais sans y faire référence expresse ; il ne motive toutefois pas son avis, mais il n'est, quoi qu'il en soit, pas psychiatre, pour valablement pouvoir se prononcer. On remarquera aussi que le recourant paraît plus enclin à suivre les médecins qui vont dans son sens subjectif que ceux qui paraissent avoir une approche plus objective, même parmi ceux qu'il a lui-même consultés, via son médecin traitant notamment ; parmi ces derniers, le Dr E _____. Entendu par la chambre de céans à propos de ce spécialiste en rhumatologie et des conclusions auxquelles ce dernier parvenait, la chambre de céans lui faisant observer qu'il ne s'agissait pas d'un médecin mandaté par l'OAI, mais par son médecin traitant, il a prétendu d'une part que ce rhumatologue ne l'a guère examiné, se limitant à lui demander s'il avait mal « ici ou là ». Il a indiqué que, pour lui, c'était la même chose que si c'était l'intimé qui l'avait envoyé « là-bas ». Il observe ensuite que ce ne serait pas le Dr B _____ qui l'aurait adressé à ce rhumatologue, mais le Dr D _____, son précédent psychiatre (ce dernier lui ayant à l'époque reconnu depuis toujours une pleine capacité de travail [100 %] sur le plan psychiatrique, y compris dans l'activité habituelle, sous réserve de compliance à l'antidépresseur). Or, le rapport du Dr E _____ du 4 juillet 2016 est adressé au Dr B _____, l'auteur du rapport, commençant par remercier le destinataire de lui avoir adressé le patient. Et le recourant de rétorquer que si son médecin traitant apparaissait « dans ce dossier », c'est que selon ses conditions d'assurance-maladie, il devait disposer d'un médecin généraliste qu'il doit consulter en premier recours, et qui doit lui-même le déléguer à un spécialiste. Il reproche encore au Dr E _____ de ne pas lui avoir proposé de nouveau rendez-vous ni proposé quoi que ce soit pour améliorer sa situation. Alors que la chambre de céans lui faisait observer qu'en principe, c'est plutôt le patient qui s'adresse au médecin quand il en a

besoin plutôt que l'inverse, il répond que c'est précisément pour cela qu'il avait été le voir, mais finalement ce médecin ne lui avait rien proposé. Dans le même registre, alors qu'il est interrogé sur les raisons pour lesquelles il a changé de

A/988/2019 - 26/29 - psychiatre traitant, il explique que c'est en raison du fait que la psychologue qui le suit depuis des années, qui travaillait à l'époque pour son précédent psychiatre traitant, a changé de cabinet pour aller travailler dans celui où officie sa psychiatre actuelle, raison pour laquelle c'est la Dresse J_____ qui le suit désormais. Il remarque toutefois: « Je dois dire également que, de son côté également, le Dr D_____ ne m'a plus reconvoqué depuis le mois de janvier (2019) ».

E. 20

Comme déjà relevé, c'est l'aspect psychique qui apparaît au premier plan des atteintes à la santé dont le recourant est atteint, et dont les conséquences ou l'intensité divisent les parties : l'OAI se fonde essentiellement sur les conclusions du rapport d'expertise du Dr H_____, qui considère en substance que l'assuré, au vu des éléments à disposition, avait déjà une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, cette pleine CT existant dans toute activité notamment dans la vente, et en particulier dans l'horticulture, admettant toutefois que la restauration semble être peu en rapport avec ses capacités à faire face au stress, aux interactions sociales, ce métier étant relativement astreignant tant en termes d'horaires qu'en termes de contact avec les collègues et ses patrons. Du point de vue des médecins traitants du recourant et de ce dernier, le généraliste considère, notamment dans son attestation du 9 avril 2019 – postérieure au dépôt du recours – que son patient, dépendant de l'Hospice général, il n'y a aucun espoir de réinsertion dans le monde du travail à cause de ses problèmes psychiques, bien décrits par la Dresse J_____ (nouvelle psychiatre qui n'avait rencontré son patient qu'à deux reprises, la première fois après la décision entreprise). Il sera revenu ci-après sur l'avis exprimé par le précédent psychiatre de l'assuré, dans la phase de l'instruction du dossier par l'intimé, ceci dans le cadre de l'examen de la valeur probante de l'expertise administrative effectuée par le Dr H_____. Vu la divergence existant entre les parties, il convient en effet, conformément aux principes rappelés ci-dessus de déterminer si, comme le soutient l'intimé, et avant lui le SMR, d'examiner si le rapport d'expertise du Dr H_____ peut se voir reconnaître une pleine valeur probante.

E. 21

Force est de constater que ce rapport remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document : il contient le résumé du dossier, une anamnèse détaillée, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion du cas ; ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Cette expertise est le fruit d'une pleine connaissance du dossier, l'expert ayant pris soin d'interpeller par écrit le psychiatre traitant, en lui posant toutes les questions qui lui paraissaient nécessaires et pertinentes, ayant examiné personnellement le patient, recueillant ses plaintes subjectives et consignait ses propres constatations à l'examen clinique. Sur le fond, le Dr H_____ a notamment retenu les diagnostics de trouble dépressif en rémission (F32.5), dysthymie (F34.1), personnalité état limite [du registre abandonnique] (F60.3). L'expert a pris en compte le diagnostic retenu par le

A/988/2019 - 27/29 - psychiatre traitant de dépression moyenne (F32.1) et exposé les raisons pour lesquelles il était amené à ne retenir aucun diagnostic ayant une répercussion

sur la CT, mais seuls des diagnostics sans répercussion sur la CT. L'expert a également examiné les indicateurs retenus par la jurisprudence, notamment en relation avec les thérapies suivies, la coopération de l'assuré au cours de celles-ci, l'évaluation de la cohérence et de la plausibilité ; l'expert estime que le dossier ne comporte pas d'informations très divergentes et son appréciation est conforme à celle du psychiatre traitant (Dr D_____), mais il relève que l'évaluation de la CT semble avoir été difficile pour ce dernier. Selon l'expert, on peine à saisir pour quels motifs le psychiatre traitant change d'appréciation ; ce dernier évoque parfois une CT à 100 %, d'autres fois à 50 %, voire nulle dans les derniers temps de son suivi du patient. L'expert relève, sur ce dernier point, que le psychiatre traitant ne parvenait pas à expliquer pourquoi, dans une situation où le diagnostic n'avait pas changé et la situation du patient était stationnaire, la CT passait de 50 % à 0 %, alors même que les traitements médicamenteux entrepris permettaient d'atteindre une certaine amélioration de l'état de santé de l'intéressé. Il remarque toutefois, à la décharge du psychiatre traitant, que le patient est parfois dramatique et indulgent face à lui-même « ceci expliquant peut-être cela ». Il note encore que le psychiatre traitant évoque surtout des éléments qui sortent du contexte médical, tels que la durée de l'éloignement du monde du travail, des anticipations négatives à l'idée de rechercher un emploi et une certaine anxiété. Il relève en outre que le fonctionnement actuel du patient n'a aucune répercussion dans ses activités ménagères, de loisirs et sociales. C'est du reste le lieu de remarquer que l'expert, conformément aux exigences de la jurisprudence en cas d'atteinte psychique à la santé, a évalué la capacité de travail réellement exigible 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). Pour le détail, il est renvoyé au ch.

E. 24

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

E. 25

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/988/2019 - 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.