

GE_GERICHTE ATAS/804/2018 vom 17. September 2018

GE Cour de justice, 2018-09-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_804_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/804/2018 du 17 septembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/804/2018 del 17 settembre 2018

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

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. 3

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. 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

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. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel, subsidiairement à une rente d'invalidité. Concrètement, il convient d'examiner la valeur probante des divers rapports au dossier soumis à la chambre de céans.

E. 6

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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

A/164/2017 - 18/27 - 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). 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. 7

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). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. 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).

A/164/2017 - 19/27 -

E. 8

a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, 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). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés 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). 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).

A/164/2017 - 20/27 -

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 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. 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). b/aa. 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

A/164/2017 - 21/27 - du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). A plusieurs reprises, le Tribunal fédéral a considéré, notamment en lien avec des avis du SMR au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI, qu'un médecin, quelle que soit sa spécialisation, était en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence d'un rapport d'un confrère (arrêt du Tribunal fédéral 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C_149/2008 du 27 octobre 2008 consid. 3.2). b/bb. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

E. 10

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 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. 11

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

A/164/2017 - 22/27 - 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 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances 8C_441/2007 du 6 mai 2008 consid. 4.2 et 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). 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. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si

celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013). Un renvoi à l'administration reste également 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

En l'espèce, par décision du 5 décembre 2016, l'intimé a refusé de mettre le recourant au bénéfice de mesures professionnelles. Il a également refusé d'octroyer une rente d'invalidité. Cette décision se fonde sur l'avis du SMR du 17 octobre 2016, lequel retient, après avoir évoqué l'appréciation du Dr H_____ du 27 juin 2016, le rapport de la CRR du 24 mai 2016 ainsi que le rapport du Dr M_____ du

E. 17

août 2016, une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

A/164/2017 - 23/27 - De son côté, le recourant considère que le SMR a procédé à une instruction médicale lacunaire. Se référant aux rapports des Dresse N_____ et S_____ ainsi que du Dr G_____, il requiert préalablement une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Il convient dès lors d'examiner la valeur probante de ces documents. a. A titre liminaire, il sied de relever que l'avis du SMR du 25 avril 2014 constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI précité et qu'il a pour seule fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier. Il ne peut comporter des conclusions nouvelles. En tant qu'il porte une appréciation sur la situation médicale du recourant compte tenu, essentiellement, des conclusions du Dr H_____ du 27 juin 2016, du rapport de la CRR du 24 mai 2016 et de celui du Dr M_____ du 17 août 2016, il convient d'examiner la valeur probante de ces documents et, cela fait, la cohérence de l'avis du SMR, étant précisé que contrairement à ce qu'allègue le recourant, le fait que le Dr O_____ soit praticien et non pas spécialiste ne constitue pas un motif pour reconnaître une valeur probante amoindrie à ses rapports, dès lors que selon le Tribunal fédéral, quelle que soit sa spécialisation, un médecin est en principe en mesure d'émettre un avis sur la cohérence du rapport d'un confrère (voir supra consid. 9b/aa). a/aa. A titre liminaire, la chambre de céans constate que le Dr H_____ a établi deux attestations, la première en date du 21 juin 2016 et la seconde le 27 juin 2016. Dans son avis du 17 octobre 2016, le SMR n'a retenu que le second avis, faisant totalement abstraction du premier. L'appréciation du 27 juin 2016 du Dr H_____ ne permet pas de se prononcer sur la capacité de travail du recourant dès lors que ce médecin s'est uniquement prononcé sur les atteintes en lien de causalité avec l'accident assuré, faisant totalement abstraction des atteintes préexistantes à la cheville, au pied droit ou au genou droit. a/bb. S'agissant du rapport de la CRR, il 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, les indications subjectives du recourant, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas. Les conclusions des médecins, qui

résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, les médecins de la CRR ont retenu les diagnostics de chute le

E. 19

novembre 2015 avec contusions multiples (épaule, genou et cheville droite) et traumatisme crânien mineur, sans lésion conséquente, arthrose du médio-pied droit, traumatisme du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur (LCA) traité par plastie (en 2014) et fracture de la jambe droite suite à un accident de la voie publique en 1990, traité par arthrodèse de la cheville droite en 1997. A titre d'antécédents, les médecins de la CRR avaient encore retenu une chute, le

A/164/2017 - 24/27 - 7 octobre 2007, avec des contusions multiples (genou droit, épaule gauche, colonne lombaire) sans lésion conséquente. Les limitations fonctionnelles étaient provisoirement les suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de positions contraignantes pour le genou et la cheville (à genoux, accroupi), pas de marche prolongée, pas de marche sur les terrains irréguliers, pas de gestes répétitifs avec le membre supérieur droit ni de travaux au-dessus du plan des scapula. La situation n'était pas stabilisée mais elle devait l'être deux mois plus tard. Le pronostic de réinsertion dans l'activité antérieure était défavorable mais favorable en ce qui concernait une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Cela étant, force est toutefois de constater que les médecins de la CRR ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail dans une activité adaptée, se limitant à évoquer un pronostic de réinsertion favorable, sans préciser l'importance de la capacité de travail dans une activité adaptée. a/cc. Quant au Dr M_____, il se prononce effectivement, dans son rapport du 17 août 2016, sur la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle, qu'il estime nulle. S'il évoque une capacité de travail dans une activité adaptée, assise, il n'en donne pas le taux. b. Force est donc de constater que les conclusions des médecins de la CRR et du Dr M_____ se rejoignent sur la question de l'appréciation de la capacité de travail : nulle dans l'activité habituelle, une activité adaptée étant toutefois exigible. Toutefois, aucun des médecins précités ne s'est expressément prononcé sur l'importance de la capacité de travail dans l'activité adaptée. Vu l'absence de précision, le médecin du SMR a considéré que les médecins précités faisaient référence à une capacité de travail entière. On peut se demander si cette manière de procéder ne revient pas à poser de nouvelles conclusions médicales, ce qui dépasse les compétences revenant au SMR lorsqu'il établit un avis au sens des art. 59 al. 2bis LAI et 49 al. 1 RAI dès lors qu'il ne se limite pas à opérer une synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Cette question peut toutefois en l'état rester ouverte, dès lors que la décision querellée doit quoi qu'il en soit être annulée pour d'autres motifs. c/aa. En effet, le 10 mai 2017, en cours de procédure, le recourant a produit un rapport de son psychiatre, la Dresse S_____, dont il ressort qu'il était suivi depuis le 25 octobre 2016 en raison d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques. L'état dépressif évoluait progressivement depuis plusieurs mois en lien avec la mauvaise évolution des problèmes du membre inférieur droit. En mai 2017, la persistance des troubles psychiques était due, notamment, à la présence d'une douleur chronique et à la confrontation à la réalité concernant les pertes et

A/164/2017 - 25/27 - limitations physiques dont il n'arrivait pas à faire le deuil. En mai 2017, la capacité de travail était nulle et ce dans toute activité. Un essai de mobilisation à des fins de réadaptation devait rapidement être effectué. Cela étant, n'étant pas en mesure d'effectuer les démarches par lui-même, le recourant devait bénéficier d'une aide pour

trouver une activité adaptée, peu stressante, avec la possibilité de changer de position au besoin et de faire des pauses. Le pronostic dépendant de la possibilité de réintégrer la vie professionnelle ou, le cas échéant, d'une rente d'invalidité validant ses limitations. En d'autres termes, au jour de la décision querellée, le recourant souffrait d'un trouble psychique nécessitant un suivi médical. Or, ce trouble n'a pas été pris en considération lors de l'appréciation de la capacité de travail par le SMR. c/bb. Interrogé en cours de procédure par l'OAI, le SMR a considéré que la Dresse S_____ mettait en avant le caractère réactionnel et non durable de l'atteinte psychique, dès lors le pronostic dépendait essentiellement des prestations de l'assurance-invalidité. Le SMR a également contesté l'appréciation du psychiatre précité, étant donné que les limitations évoquées étaient d'ordre non médical ou justifiées par les atteintes somatiques. Se fondant sur cet avis, l'intimé a considéré, dans sa duplique du 6 juin 2017, que le trouble psychique en question était réactionnel étant donné que le pronostic dépendait essentiellement des prestations d'invalidité. En application de la jurisprudence fédérale, l'intimé a donc considéré que ledit trouble pouvait être traité de manière adéquate et qu'aucun handicap psychique ne pouvait en découler. c/cc. La chambre de céans ne saurait suivre le SMR sur ce point. Certes, l'atteinte psychique semble être réactionnelle. Toutefois, la Dresse S_____ ne la lie pas principalement voire uniquement au refus de l'OAI de verser une rente mais à la mauvaise évolution des problèmes du membre inférieur droit et au fait que le recourant n'accepte pas ses atteintes et les limitations fonctionnelles qu'elles entraînent. Certes, le pronostic dépend notamment d'une décision positive de l'OAI. Cela est toutefois subsidiaire, le psychiatre traitant associant le pronostic plutôt à la réintégration de la vie professionnelle et, à défaut, au versement d'une rente validant les limitations. Dans de telles circonstances, on ne peut pas retenir de manière aussi péremptoire que le SMR et, partant, l'OAI, que l'atteinte psychique est purement réactionnelle au refus des prestations d'invalidité et qu'elle peut être traitée de manière adéquate (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_799/2012 du 16 mai 2013 cité par l'intimé). Dans la mesure où ils sont principalement liés aux atteintes algiques dont souffre le recourant, les troubles psychiques sont susceptibles de constituer une atteinte invalidante (voir l'arrêt 9C_830/2016 du 3 mars 2017). Au demeurant, le fait que le SMR lui-même admette, dès le 24 novembre 2017, le caractère invalidant du trouble psychique plaide dans ce sens.

A/164/2017 - 26/27 - En d'autres termes, dans de telles circonstances, l'OAI ne pouvait rejeter la demande du recourant sur la base d'un simple avis du SMR, ce d'autant moins que ce même service médical a reconnu, en cours de procédure, le caractère incapacitant dudit trouble. 13. Il découle de ce qui précède que la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier les répercussions des atteintes à la santé et des limitations fonctionnelles sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et, par conséquent, de déterminer le degré d'invalidité en résultant. En effet, le dossier soumis à la chambre de céans ne comporte aucune appréciation disposant d'une valeur probante suffisante, se prononçant sur toutes les atteintes du recourant et leur effet sur la capacité de travail, étant rappelé que l'OAI n'a pas pris en considération les troubles psychiques dans la décision querellée. Il convient donc de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, étant rappelé que dans la mesure où la décision est annulée, l'instruction devra porter non seulement sur l'aspect psychique mais également sur l'aspect somatique. Dans ce contexte, la chambre de céans invite l'intimée à déterminer la capacité de travail résiduelle dans l'activité adaptée de manière complète et étayée. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 5 décembre 2016 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une

indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF.

A/164/2017 - 27/27 - 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.