

# **GE\_GERICHTE ATAS/841/2019 vom 19. September 2019**

GE Cour de justice, 2019-09-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_841\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_841_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/841/2019 du 19 septembre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/841/2019 del 19 settembre 2019

## **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**

Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 3**

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant présente une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations.

### **E. 4**

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). 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

### **E. 5**

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

A/3306/2018 - 15/29 - demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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. 6**

Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88a al. 2 RAI, si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

#### **E. 7**

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/3306/2018 - 16/29 -

#### **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).

### **E. 9**

S'agissant des 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. 10**

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

A/3306/2018 - 17/29 - un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 LPG), 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). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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

A/3306/2018 - 18/29 - 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).

#### **E. 11**

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).

#### **E. 12**

janvier 2018 que la capacité de travail était nulle jusqu'à trois mois après la plastie du LCA réalisée le 28 août 2013, soit jusqu'à début décembre 2013. Dès cette date et jusqu'en février 2016, la capacité de travail était totale dans l'activité d'employé commercial chez B \_\_\_\_\_ et dans une activité adaptée, selon ce médecin, raison pour laquelle l'intimé a supprimé la rente en décembre 2016, trois mois après le début de l'amélioration, conformément à l'art. 88a RAI. Ce faisant, le Dr O \_\_\_\_\_ s'est référé à l'expertise du 2 mai 2017 du Dr K \_\_\_\_\_. Cependant, il convient de relever que ce dernier médecin n'a pas tenu compte du syndrome inflammatoire rhumatismal. En outre, dans son rapport du 25 janvier 2014, le Dr D \_\_\_\_\_ rapporte que le recourant souffre de kystes douloureux et que son genou enfle régulièrement lors des exercices de réhabilitation. C'est la raison pour laquelle ce médecin a prescrit un arrêt de travail jusqu'au 31 mars 2018. Par la suite, ce n'est que le 9 juillet 2014 que le Dr E \_\_\_\_\_ atteste que le recourant a une capacité de travail à 100 % dans une activité adaptée légère. Au demeurant, le SMR retient également, dans son avis du 30 juillet 2014, le 3 juillet 2014 pour le début de

A/3306/2018 - 19/29 - l'aptitude à la réadaptation. Partant, la chambre de céans estime qu'il y a lieu de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail du Dr O \_\_\_\_\_, laquelle ne tient pas compte des rapports médicaux précités, et de n'admettre une capacité de travail qu'à partir du juillet 2014. Puis, à partir de mars 2015, le Dr G \_\_\_\_\_ atteste une capacité de travail de 50 %. Au diagnostics concernant le genou, il ajoute un TDAH sévère et des lombalgies chroniques sur discarthrose étagée. L'OAI constate dans son rapport de surveillance des mesures d'ordre professionnel du 11 janvier 2016, qu'après le premier trimestre en 2015, la situation s'est dégradée avec l'apparition de lombalgies et la confirmation du diagnostic TDAH. Les lombalgies et gonalgies ont occasionné des absences régulières de plus de trente jours durant l'année. Par la suite, dans son rapport du 2 février 2016, le Dr I \_\_\_\_\_ diagnostique enfin une spondylarthrite ankylosante, tout en relevant que le recourant se plaint de lombalgies basses depuis plus de deux ans avec des épisodes de lumbagos se produisant plusieurs fois par année. Au vu des rapports des médecins traitants et du fait que le recourant n'a pu être examiné qu'en janvier 2018 par le Dr O \_\_\_\_\_, la chambre de céans estime qu'il y a lieu de suivre le rapport du Dr G \_\_\_\_\_, selon lequel le recourant n'a qu'une capacité de travail à 50 % à partir de mars 2015. Dès février 2016, le Dr O \_\_\_\_\_ admet de nouveau une incapacité de travail totale dans toute activité jusqu'en janvier 2017, soit deux mois après l'arthroscopie du 25 novembre 2016, conformément à l'expertise du Dr K \_\_\_\_\_. Dès février 2017, le Dr O \_\_\_\_\_ considère que la capacité de travail est de 50 % dans une activité adaptée. Cette appréciation paraît cohérente, sur le seul plan physique, et conforme aux rapportx des médecins traitants. Cette appréciation correspond aussi à un mois près à celle de l'assureur-accidents qui a admis une capacité de travail de 50 % dès mars 2017 pour les seules atteintes au genou. Partant, une capacité de 50 % pour des atteintes somatiques peut être admise dès février 2017. b. Se pose cependant la question de savoir si le recourant présente en février 2017 une capacité de travail dans son dernier emploi chez B \_\_\_\_\_, comme le médecin examinateur du SMR l'a retenu. Cette appréciation est contraire à l'avis du service de réadaptation de l'intimé dans son rapport du 7 octobre 2014. Celui-ci retient en effet que le dernier emploi n'est plus adapté en raison des nombreux déplacements en voiture et le port de charges (livraison, échantillons). Cela ressort aussi de l'avis médical du SMR du 30 juillet 2014. Partant, il n'est pas cohérent que le Dr V \_\_\_\_\_ retienne une capacité de travail dans l'activité chez B \_\_\_\_\_ et il y a lieu de s'écarter de son appréciation concernant l'aptitude du recourant à travailler dans son ancien emploi. Toutefois, une capacité de travail de 100 % peut être

retenue dans les autres activités adaptées à ses limitations, à savoir absence de travail en ambiance froide ou humide, de travaux de force, de port de charges répété au-delà de 5 kg et, occasionnellement,

A/3306/2018 - 20/29 - de 10 kg, de position debout statique au-delà d'une vingtaine minutes, de position assise ou debout prolongé au-delà de  $\frac{3}{4}$  d'heure. En raison des atteintes aux genoux, les limitations suivantes s'ajoutent, selon le Dr O\_\_\_\_\_ : absence de travail accroupi ou à genoux, de montée-descente répétée d'escaliers, de marche sans arrêter au-delà d'un kilomètre et de travail sur un plan instable ou en hauteur.

### **E. 13**

a. Sur le plan psychiatrique, l'expert judiciaire constate que le recourant présente un trouble somatoforme douloureux, un TDAH et un trouble dépressif sévère. Il s'agit d'un trouble psychique complexe dont il est impossible d'évaluer de façon séparée la répercussion sur la capacité de travail des différentes facettes. Selon l'expert judiciaire, le recourant ne présente aucune capacité de travail sur le premier marché de l'emploi. Seule une activité en milieu protégé peut être envisagée. Quant à l'évolution de l'incapacité de travail, l'expert judiciaire admet qu'au moment de l'examen par le Dr O\_\_\_\_\_, le recourant était moins sévèrement déprimé qu'il ne l'est actuellement et que la capacité de travail médico-théorique de 50 % aurait encore pu être réalisée. Cependant, dans les mois qui ont suivi, la situation s'est aggravée, si bien que le Prof. L\_\_\_\_\_ retient le 10 mai 2018 un état anxio- dépressif extrêmement sérieux. Dès cette date, une incapacité de travail entière doit être retenue. b. Cette expertise remplit les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, sous réserve de ce qui suit. En effet, elle a été effectuée en pleine connaissance du dossier médical, prend en compte les plaintes du recourant, repose sur un examen clinique approfondi et contient des conclusions bien motivées et, pour la plupart, cohérentes. c. En ce qui concerne l'évolution de la capacité de travail sur le plan psychique, la chambre de céans n'est cependant pas convaincue par l'appréciation de l'expert judiciaire. En effet, le Prof. L\_\_\_\_\_ constate déjà le 29 juin 2017 une aggravation de l'état de santé avec l'installation d'un état anxio-dépressif, ainsi qu'une fatigabilité et des troubles du sommeil dus aussi bien à la maladie inflammatoire qu'au trouble anxio- dépressif. La capacité de travail est nulle selon ce médecin, ce qui est confirmé par le Dr N\_\_\_\_\_ le 27 septembre 2017, celui-ci relevant l'importance des douleurs au dos et aux genoux. Le 10 mai 2018, le Prof. L\_\_\_\_\_ confirme que l'état de santé du recourant s'est aggravé de façon très significative depuis juin 2017 à cause d'une maladie inflammatoire installée et des difficultés de traitement. Seuls un ajustement du traitement anti-TNF et une prise en charge adéquate de la douleur et du problème anxio-dépressif induit pourraient améliorer l'état de santé. La situation est très complexe et rend toutes les activités professionnelles impossibles. Partant, même s'il semble que l'état psychique du recourant ait encore empiré depuis l'examen par le SMR en janvier 2018, au vu de ses activités à ce moment, il sied d'admettre que les atteintes somatiques et psychiatriques conjuguées, dont en

A/3306/2018 - 21/29 - particulier le trouble somatoforme douloureux persistant, engendrent une incapacité de travail totale déjà en juin 2017.

### **E. 14**

a. L'intimé critique les diagnostics de l'expert judiciaire, notamment le syndrome douloureux somatoforme persistant. Selon l'intimé, la spondylarthrite ankylosante s'est détériorée depuis mai 2019, ce qui explique totalement les douleurs alléguées, à savoir une

douleur intense et persistante avec un caractère torturant comme l'a déclaré le recourant à l'expert judiciaire. Dès lors que ces douleurs sont entièrement expliquées par l'atteinte physique, il n'y a plus de place pour un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, selon l'intimé. Dans sa détermination du 29 juillet 2019, celui-ci estime d'ailleurs que le syndrome douloureux persistant correspond au diagnostic de fibromyalgie qui doit être posé par un médecin rhumatologue. Or, aucun rhumatologue n'a jamais retenu ce diagnostic. b. En l'occurrence, il n'était pas tout à fait clair si toutes les douleurs du recourant peuvent être expliquées par un substrat organique objectif, en particulier à la date de la décision querellée du 23 août 2018. En effet, le Dr O \_\_\_\_\_ considère, dans son rapport relatif à l'examen de janvier 2018, que le dossier radiologique montre en janvier 2016 des protrusions discales étagées de peu de gravité qui n'expliquent pas l'ampleur des douleurs ressenties en l'absence d'une composante inflammatoire. Selon le Dr O \_\_\_\_\_, il s'agit d'une protrusion banale. Les troubles dégénératifs postérieurs étagés de gravité modérée correspondent seulement en partie aux symptômes ressentis. Ainsi, au moment de l'examen du Dr O \_\_\_\_\_, il peut être considéré qu'une partie des douleurs correspond à un syndrome douloureux somatoforme, comme l'a diagnostiqué l'expert judiciaire, en l'absence d'un substrat organique objectif permettant d'expliquer la totalité de la symptomatologie douloureuse. Toutefois, cela n'a pas d'importance, le ressenti de douleurs somatoformes ou de douleurs objectivement fondées sur des atteintes organiques est le même, peut engendrer des limitations identiques et avoir une répercussion sur la capacité de travail similaire. Pour le trouble somatoforme douloureux, il convient toutefois d'examiner le caractère invalidant sur la base des indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral, soit la question de savoir si l'assuré a les ressources pour surmonter les douleurs par un effort de volonté exigible. c. En ce que l'intimé estime que l'expert judiciaire ne peut pas retenir le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, s'agissant d'un diagnostic qui doit émaner d'un rhumatologue, il convient de relever que la fibromyalgie et le trouble somatoforme douloureux constituent des maladies différentes, même si, d'un point de vue juridique, elles sont traitées de la même façon pour ce qui concerne l'appréciation du caractère invalidant de telles atteintes. Le diagnostic de fibromyalgie relève effectivement de la rhumatologie tandis que celui-ci de trouble somatoforme douloureux constitue un trouble psychique qui doit être apprécié par un psychiatre, lorsque la totalité des douleurs ne peut être expliquée par un substrat organique. Néanmoins, le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie est aussi

A/3306/2018 - 22/29 - exigé pour l'évaluation du caractère invalidant d'une fibromyalgie, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (cf. ATF 132 V 65 consid. 4.3 p. 72). Partant, ce grief est infondé. d. Il n'appert pas non plus que les atteintes psychiatriques retenues soient essentiellement la conséquence de facteurs psychosociaux ou socioculturels. L'expert judiciaire met en effet en évidence un substrat médical entravant la capacité de travail du recourant de manière importante, en retenant trois diagnostics psychiatriques ayant valeur de maladie qui s'influencent négativement et entraînent des limitations fonctionnelles majeures. e. Au demeurant, il est douteux que l'état de santé du recourant se soit aggravé seulement à partir de mai 2019, comme le fait valoir l'intimé. Il est vrai que le Dr O \_\_\_\_\_ ne trouve pas une composante inflammatoire au niveau lombaire lors de son examen. Il n'empêche qu'une spondylarthrite est une maladie inflammatoire, comme cela est relevé dans le rapport du 29 juin 2019 du Prof. L \_\_\_\_\_. Ce médecin atteste par ailleurs le 10 mai 2018 que l'état de santé du recourant s'est détérioré de façon très significative depuis juin 2017 et non depuis

mai 2019 seulement. Il fait état d'une maladie inflammatoire installée et de difficultés du traitement, associés à la présence d'anticorps anti-TNF. Il mentionne également que la mauvaise évolution est le résultat de la conjonction de problèmes post-traumatiques, d'une spondylarthrite sérieuse, traitée tardivement par une succession d'interventions chirurgicales qui n'ont fait qu'augmenter le problème inflammatoire et ajouter des séquelles post-opératoires. Cela étant, la chambre de céans retient que l'intensité des douleurs était déjà présente en janvier 2018, lors de l'examen par le Dr O\_\_\_\_\_, et qu'il n'y a pas eu une aggravation de l'état de santé en mai 2019 seulement. f. L'intimé critique également le diagnostic d'épisode dépressif sévère retenu par l'expert judiciaire en relevant que l'assuré n'a pas d'idées suicidaires de manière spontanée, que les troubles du sommeil sont liés aux douleurs nocturnes comme l'expert l'indique lui-même et que la fatigue est en rapport avec la maladie inflammatoire. Le recourant a en outre encore de l'espoir par rapport à l'avenir. Une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi n'est pas retrouvée dans les plaintes ni au status. Il n'y a pas non plus de diminution de la concentration et de l'attention due à l'épisode dépressif, celle-ci étant liée au TDAH. Partant, la symptomatologie correspond, au moment de l'expertise judiciaire, tout au plus à un épisode dépressif léger. À cela s'ajoute que le recourant n'a pas de suivi psychiatrique ni de traitement psychotrope depuis 2015. Enfin, l'intimé reproche au Dr R\_\_\_\_\_ de tenir compte de facteurs extra-médicaux dans son évaluation de la capacité de travail. Toutefois, dans le rapport de surveillance des mesures d'ordre professionnel du 11 janvier 2016, l'OAI constate déjà que l'assuré a de la peine à s'adapter à une activité purement sédentaire intellectuelle aussi bien du point de vue physique que

A/3306/2018 - 23/29 - psychique. Le Prof. L\_\_\_\_\_ retient dans son rapport du 29 juin 2017 un état anxio-dépressif et des troubles du sommeil secondaires non seulement aux douleurs mais aussi au trouble anxio-dépressif. Selon ce médecin, la capacité de travail est nulle. Le Dr O\_\_\_\_\_ constate une anxiété, une diminution marquée de l'estime de soi et une mimique figée. Partant, le diagnostic de trouble dépressif posé par l'expert judiciaire correspond également aux constatations des médecins traitants du recourant et du Dr O\_\_\_\_\_. Au demeurant, la présence d'un état dépressif important est étayée par l'examen clinique de l'expert judiciaire (p. 25 expertise judiciaire). S'agissant de l'appréciation de la sévérité de ce trouble, il sied de relever que l'avis du SMR n'émane pas d'un médecin spécialiste en psychiatrie et qu'il n'a pas examiné le recourant. Son avis n'est ainsi pas propre à mettre en doute l'appréciation de l'expert judiciaire spécialiste en la matière qui a examiné le recourant durant trois heures et demies. g. S'agissant du TDAH, sa présence n'est pas contestée et l'expert judiciaire constate une perturbation dans le domaine de l'attention, une hyperactivité motrice et une impulsivité. Ce trouble interfère aussi avec l'adaptation constructive des tâches complexes. Certes, selon le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 22 décembre 2015, le TDAH n'engendre pas de limitations de la capacité de travail et l'assuré montre une motivation importante pour avancer dans son parcours professionnel et est capable de se concentrer durant des périodes suffisantes. À l'époque, il était traité par antidépresseurs et suivait une psychothérapie, traitements qu'il avait par la suite interrompus. Cependant, il ressort des rapports médicaux que l'état psychique du recourant s'est ensuite clairement aggravé avec l'apparition d'un épisode dépressif et une augmentation des douleurs qui doivent être qualifiées de syndrome somatoforme douloureux ou de douleurs physiques très intenses avec un substrat organique objectif. La conjonction des trois diagnostics engendre une incapacité de travail totale comme le démontre de façon convaincante le Dr R\_\_\_\_\_.

## E. 15

Il convient encore d'examiner si le caractère invalidant des troubles psychiques peut être reconnu sur la base des indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral. En premier lieu, il convient de constater que le recourant est atteint de trois pathologies, à savoir d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, d'un épisode dépressif sévère et d'un TDAH. L'expert judiciaire constate à cet égard que les critères pour le diagnostic d'un épisode dépressif sévère montrent que le recourant présente des symptômes dépressifs allant au-delà de ceux de la perturbation thymique accompagnant inévitablement un trouble somatoforme douloureux (p. 29 de l'expertise judiciaire). Par ailleurs, les différentes facettes des pathologies psychiatriques s'influencent mutuellement de manière défavorable, si bien que trouble psychique doit être qualifié de grave.

A/3306/2018 - 24/29 - Au demeurant, ni l'expert judiciaire ni aucun des autres médecins consultés ne constate une exagération des symptômes ou une constellation semblable, en ce qui concerne en particulier le syndrome douloureux somatoforme persistant. Il sied de relever également que la gravité de l'évolution de la maladie est rendue plausible par les lésions subies, l'abandon d'une carrière, la présence d'un TDAH depuis l'enfance et des problèmes psycho-sociaux qui ont découlé de cette situation, comme la séparation du recourant de son épouse et la précarité. Selon le recourant, il a tout perdu. Quant à l'échec des traitements conformes aux règles de l'art en dépit d'une coopération optimale, le recourant n'a certes pas épuisé toutes les possibilités de traitement. Cependant, comme l'expert judiciaire le relève, les limitations fonctionnelles découlant des troubles psychiques interfèrent négativement avec la gestion adéquate et raisonnable de la maladie. En effet, des traitements psychiatriques exigent beaucoup de patience, de flexibilité et une capacité à persister dans les expériences décevantes et frustrantes. À cela s'ajoute que les traitements psychiatriques n'ont que rarement une efficacité comparable à celle d'un antibiotique, selon l'expert. Il n'en demeure pas moins que les symptômes d'un TDAH peuvent être favorablement influencés par la prescription de méthylphénidate. Il est toutefois rapporté dans la littérature que les difficultés en matière d'organisation et de planification associées à ce trouble peuvent avoir pour conséquence une compliance défailante conduisant à l'échec du traitement. À cet égard, l'expert judiciaire constate que le recourant avait déjà auparavant des difficultés à gérer de manière appropriée et constructive sa carrière sportive, à prendre soin de son corps, à faire face au défi représenté par la réorientation de sa vie professionnelle et à répondre de façon adéquate à ses différents problèmes de santé. La récente reprise d'un traitement psychiatrique est à saluer comme un progrès. En plus d'une médication quotidienne de méthylphénidate, la réintroduction d'un traitement antidépresseur, en faisant l'essai d'une autre substance que la paroxétine, est également recommandée. Toutefois, même en cas de traitement optimal, l'expert judiciaire ne juge pas réaliste d'espérer une amélioration significative de la situation de l'expertisé sur le plan psychiatrique avant au moins une année. Le Prof. L\_\_\_\_\_ relève par ailleurs, dans son rapport du 29 juin 2017, que l'assuré a fait preuve de réactions très courageuses et d'efforts répétés et soutenus aux niveaux professionnel et médical. La chambre de céans retient des explications de l'expert judiciaire et du Prof. L\_\_\_\_\_ que le recourant a fait des efforts pour se prendre en charge, également pour s'intégrer au niveau professionnel, et que la mauvaise prise en charge des pathologies psychiatriques ne peut lui être reprochée, dès lors qu'elle est liée aux troubles psychiques, du moins en partie. Par conséquent, la mauvaise compliance ne peut lui être imputée.

A/3306/2018 - 25/29 - Quant aux ressources du recourant, l'expert judiciaire considère qu'elles ne sont pas suffisantes pour surmonter le syndrome d'un trouble somatoforme douloureux par un effort de volonté, compte tenu des comorbidités somatiques, même si le recourant ne présente pas de traits d'un trouble de la personnalité. En ce qui concerne l'environnement social, le recourant est soutenu par sa famille. En dehors de celle-ci, il s'est cependant totalement retiré de ses amis. S'agissant des limitations uniformes des activités dans tous les domaines de la vie, l'expert judiciaire estime que cela est le cas, alors que l'intimé relève que le recourant a encore des ressources pour chercher sa nièce et son neveu à l'école et à la garderie, ainsi que pour les raccompagner après le repas de midi. Il va aussi au stade une fois tous les quinze jours pour voir son cousin. Il s'agit toutefois des seules activités du recourant, lequel rapporte par ailleurs qu'il a parfois de la peine à supporter sa nièce et son neveu. Surtout lorsque son neveu aimerait jouer avec lui, il ne se sent ni les moyens ni la force de répondre à ses demandes. Il ne s'occupe pas des tâches ménagères, celles-ci exacerbant ses douleurs. L'après-midi il regarde la télévision et un film sur internet et il va rarement à la piscine alors même que l'eau atténue un peu ses douleurs. Il prend son repas seul le soir ne se sentant pas dans le même état d'esprit que sa sœur et ses enfants. Il ne répond pas aux sollicitations de ses amis, n'ayant pas les moyens de sortir et ne se sentant pas capable d'être un compagnon agréable. De cette description des activités il doit être conclu que les limitations sont également présentes dans la vie privée. Sur la base de l'appréciation globale des indicateurs jurisprudentiels, il peut ainsi être admis que les limitations fonctionnelles dues aux troubles psychiques et au trouble somatoforme douloureux du recourant sont graves et cohérentes, si bien que la preuve du caractère invalidant de ces troubles doit être considérée comme étant apportée.

#### **E. 16**

Partant, la capacité de travail dans une activité adaptée a évolué comme suit: 0 % : du 1.5.2013 au 8.7.2014 100 % : du 9.7.2014 au 28.2.2015 50 % : du 1.3.2015 au 12.5.2016 0 % : du 13.5.2016 au 24.1.2017 50 % : du 25.1.2017 au 28.6.2017 0 % : dès le 29.6.2017

#### **E. 17**

Reste à déterminer la perte de gain dans une activité adaptée. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

A/3306/2018 - 26/29 - Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision

est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à

A/3306/2018 - 27/29 - tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour

autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

#### **E. 18**

En l'espèce, l'intimé a procédé le 25 septembre 2014 au calcul de la perte de gain dans une activité adaptée à 100% en prenant en considération l'année 2014 pour l'évaluation et en se fondant sur les salaires ressortant de l'ESS 2010, après les avoir adaptés à l'évolution des salaires jusqu'en 2014, tenu compte de la durée normale hebdomadaire de travail et avoir effectué un abattement de 10 %. Le salaire d'invalidé ainsi déterminé s'élève à CHF 56'404.- par an. Comparé au revenu sans invalidité de CHF 71'565.-, la perte de gain s'élève à 21,2 %, selon l'intimé. En 2014, l'ESS 2012 n'était pas encore disponible, dès lors qu'elle a été publiée seulement en 2015. Par ailleurs, l'intimé ne disposait pas de l'indice de l'évolution des salaires pour 2014, raison pour laquelle il s'est fondé pour cet indice sur celui de 2013 pour l'établissement du revenu sans invalidité. Sur la base de ces documents, le calcul de la perte de gain n'est ainsi pas critiquable.

A/3306/2018 - 28/29 - De ce calcul, il résulte cependant que la perte de gain dans une activité à 50 % est supérieure à 60% ( $[71'565 - (56'404 : 2)] \times 100 : 71'565 = 60,59$ ). Partant, durant les périodes d'incapacité de travail de 50 %, le recourant peut prétendre à un trois-quarts de rente.

#### **E. 19**

Les améliorations et les aggravations ne pouvant être prises en considération qu'après une durée de trois mois, le recourant a droit aux rentes suivantes : Du 1.5.2013 au 31.10.2014 : rente entière Du 1.6.2015 au 31.8.2016 : trois-quarts de rente Du 1.4.2017 au 31.8.2017 : trois-quarts de rente Dès le 1.9.2017 : rente entière

#### **E. 20**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision querellée réformée dans le sens que le recourant a droit à une rente entière de mai 2013 à octobre 2014, à un trois-quarts de rente de juin 2015 à août 2016 et d'avril à août 2017, ainsi qu'à une rente entière dès septembre 2017.

#### **E. 21**

Dès lors que le recourant obtient largement gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est octroyé à titre de dépens.

#### **E. 22**

L'intimé sera par ailleurs condamné au paiement d'un émolument de justice de CHF 200.-.

A/3306/2018 - 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.