

GE_GERICHTE A/1995/2018 vom 4. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1995_2018

FR: GE_GERICHTE A/1995/2018 du 4 avril 2019

IT: GE_GERICHTE A/1995/2018 del 4 aprile 2019

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au GRAND-LANCY recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1974, originaire d'Erythrée, arrivé en Suisse en novembre 2004, travaillait en qualité de nettoyeur à temps partiel pour le compte de plusieurs employeurs - au nombre desquels B_____ SA et C_____ SA -, lorsqu'il a été victime, en date du 13 septembre 2014, d'un accident et s'est cassé le poignet droit. Le sinistre a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA), qui s'est acquittée des frais médicaux et a versé des indemnités journalières à l'assuré jusqu'au 30 novembre 2016. 2. En août 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI). Par décision du 11 mai 2018, l'OAI lui a nié le droit à toute prestation. L'OAI a considéré la demande déposée le 24 août 2015 comme tardive et en a tiré la conclusion qu'un éventuel droit aux prestations ne pouvait naître au plus tôt que six mois plus tard, c'est-à-dire en février 2016. Or, à cette époque-là, le SMR était d'avis que l'assuré avait recouvré à hauteur de 80% la capacité d'exercer une activité adaptée, ce qui lui permettrait de réaliser un revenu supérieur à celui qu'il aurait obtenu sans atteinte à sa santé. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : - Dans un rapport du 11 octobre 2015, le docteur D_____, chef de clinique (unité de chirurgie de la main), a attesté d'une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis la date de l'accident, soit le 13 septembre 2014. - L'assuré a été reçu en entretien d'évaluation par l'OAI le 21 octobre 2015. Il en est ressorti qu'il avait été opéré à quatre reprises, qu'une cinquième intervention était projetée pour traiter son algoneurodystrophie, qu'il ne comprenait pas le français et le parlait très difficilement. Il a été également relevé que l'assuré semblait très fatigué psychiquement. Ont été mentionnées comme atteintes : une fracture du poignet droit suivie d'une algoneurodystrophie, un « problème de dos » et un « problème de pied ». A noter que suite à cet entretien, l'OAI, le 12 novembre 2015, a accepté de prendre en charge les frais de cours de français (de novembre 2015 à janvier 2016). - Dans un rapport du 5 octobre 2013, le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, a relevé, à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire, des troubles dégénératifs particulièrement marqués au niveau L4-L5, avec un rétrécissement du canal sévère à ce niveau. L'examen neurologique a montré un syndrome pyramidal des membres inférieurs, très asymétrique, plus marqué à droite qu'à gauche, avec des troubles sensitifs très modérés et non systématisés. - Une IRM cervico-dorsale pratiquée à la même époque a montré un signal anormal à la hauteur de C5-C6, où a également été relevée une discopathie dégénérative avec protrusion discale. Le

Dr E_____, dans un rapport du 21 octobre 2013, a indiqué que, selon le patient, le trouble de la marche était apparu en 2005 et était allé en s'aggravant. Le médecin expliquait qu'il était difficile de faire la part des choses entre le problème lombaire et le problème cervical. Il y avait incontestablement un syndrome pyramidal asymétrique. Compte tenu de l'importance du trouble à la marche, le médecin émettait l'hypothèse qu'un problème ancien au niveau cervical pouvait avoir été aggravé par le rétrécissement sévère au niveau lombaire.![endif]>![if> - Le 10 décembre 2015, la doctresse F_____ BA, spécialiste FMH en médecine interne au Service de rhumatologie des HUG, a conclu à un probable syndrome douloureux chronique : l'assuré souffrait de douleurs diffuses mal systématisées, avec de nombreux éléments de non-organicité (douleurs non anatomiques, distraction pour force du releveur du pied, simulation, changement sensoriel non anatomique, réactions exagérées), sans arguments anamnésiques ou cliniques pour un rhumatisme inflammatoire. L'examen clinique neurologique objectif était normal au vu de la myélopathie et les anomalies subjectives mal systématisées.![endif]>![if> - Dans un rapport reçu par l'OAI le 21 janvier 2016, le docteur G_____, de l'unité de chirurgie de la main et des nerfs périphériques des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a fait état de douleurs arthrosiques du poignet droit et d'une allodynie, désormais en régression. Le médecin ne s'est pas prononcé sur une capacité de travail dans une activité adaptée.![endif]>![if> - Dans un rapport du 14 janvier 2016, la doctresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a conclu à un syndrome douloureux chronique, à une myélopathie cervicale, à une discarthrose, à une surinfection post-opératoire après fracture du poignet droit et à une cure de canal carpien à droite. Elle a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité de nettoyeur. Elle ne s'est en revanche pas prononcée sur la capacité de travail de son patient dans une activité adaptée mais a précisé qu'il convenait d'éviter le port de charges, les déplacements et la position agenouillée ou accroupie.![endif]>![if> - Dans un rapport du 3 février 2016, la Dresse F_____, a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et à une capacité de 100% dans une activité adaptée. Le médecin a retenu les diagnostics de lombalgies chroniques, de syndrome douloureux chronique et de fracture du radius en octobre 2014. Elle a également mentionné des séquelles de myélopathie cervicale. Elle a préconisé d'éviter le port de charges, les mouvements en flexion et en rotation répétés, l'accroupissement et les mouvements de bras en hauteur, tout en suggérant d'évaluer la capacité de travail avec le chirurgien de la main et le médecin traitant.![endif]>![if> - L'OAI a alors tenté de mettre sur pied une mesure d'observation auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI), à laquelle l'assuré ne s'est pas présenté arguant que, de toute façon, il ne pouvait plus travailler et qu'il avait mal partout. Dès lors, la mesure d'intervention précoce a été clôturée (cf. communication du 10 mars 2016).![endif]>![if> - Le 18 mars 2016, le médecin traitant a indiqué que son patient souffrait de lombosciatalgies invalidantes, qu'il ne pouvait conserver plus de 30 minutes la même position, qu'il ne pouvait pas non plus se baisser et se relever, qu'il souffrait par ailleurs de douleurs au niveau du poignet droit. Le médecin indiquait qu'à son avis, il était important que son patient puisse avoir une activité régulière durant quelques heures par semaine pour rester intégré, mais qu'il faudrait probablement plusieurs mois pour réussir à l'accompagner dans ce projet.![endif]>![if> - Dans un rapport du 21 mars 2016, le Dr G_____ a rappelé que l'assuré avait souffert d'une fracture du radius distal droit en septembre 2014, traitée par ostéosynthèse, associée à une cure du canal carpien aiguë. S'en était suivie une infection du site opératoire nécessitant deux lavages chirurgicaux rapprochés, puis, en juin

2015, une ablation du matériel d'ostéosynthèse après consolidation complète de la fracture. L'assuré avait souffert d'une allodynie mécanique sur les cicatrices opératoires ; les ergothérapeutes avaient conclu à un site d'allodynie mécanique sévère sur le rameau palmaire du nerf médian et modérée sur la branche superficielle du nerf radial. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse n'avait rien changé. Le patient avait par ailleurs développé des douleurs surajoutées de type mécanique. Un arthro-CT avait révélé une importante ulcération cartilagineuse de la fossette articulaire scaphoïdienne du radius, ainsi qu'au niveau de la partie proximale du scaphoïde. En résumé, le patient souffrait donc de deux problèmes : une allodynie mécanique du poignet et une arthrose radio-scaphoïdienne. L'allodynie n'avait pas progressé lors des différents suivis et le pronostic était réservé. Les douleurs allodyniques prédominaient par rapport aux douleurs arthrosiques. Il n'y avait pas de structure nerveuse névromateuse ou sectionnée en regard des cicatrices. Le cas était stabilisé et le médecin préconisait une évaluation par un médecin d'arrondissement de la SUVA afin de définir la capacité de travail. De son point de vue, l'assuré pourrait reprendre une activité professionnelle dans un travail adapté à la fonction actuelle de sa main et de son poignet droit. - Dans un bref rapport du 29 mars 2016, le Dr G_____ a confirmé que son patient souffrait encore d'une allodynie mécanique et de douleurs radio-carpienne sur arthrose radio-scaphoïdienne. Il a conclu à une capacité de travail dans un domaine adapté à ses douleurs sans l'évaluer précisément. - La SUVA a alors adressé l'assuré à la Clinique romande de réadaptation (CRR), où il a séjourné dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur du 10 au 25 mai 2016. Ont été retenus à titre de diagnostics à l'issue de l'évaluation : un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et, sur le plan neurologique, une neuropathie du nerf médian droit sensitivomotrice purement démyélinisante avec une discrète atteinte du nerf ulnaire focal au coude droit. Aucun diagnostic n'a été retenu sur le plan orthopédique. Les médecins ont considéré que les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient principalement par les lésions objectives constatées durant le séjour. Des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient, ainsi que le retour au travail (maîtrise partielle de la langue française, absence de formation qualifiante, problème de rachis au premier plan, cotation très élevée de la douleur, auto-évaluation basse des capacités fonctionnelles). Des diagnostics médicaux sans lien avec l'accident rendaient mieux compte des plaintes et limitations du patient que les atteintes en lien avec l'accident et pouvaient défavorablement influencer le retour au travail (lombalgies chroniques avec trouble de la marche, probable canal lombaire rétréci, cervicalgies chroniques). Des limitations fonctionnelles définitives ont été retenues en relation avec l'atteinte au poignet : port de charges lourdes répétitif, activité contraignante avec force en rotation et flexion du poignet, activité très répétitive avec utilisation de la force du poignet. Les médecins ne se sont en revanche pas prononcés s'agissant des limitations fonctionnelles du rachis, celui-ci ne concernant pas l'assureur-accidents. L'incapacité de travail a été évaluée à 100% dans la profession habituelle. - Le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre-conseil de la SUVA, s'est livré à une appréciation le 6 juillet 2016. Selon ce médecin, il existe une réaction dysphorique ayant plusieurs origines, tout d'abord liée à la problématique algique persistant au niveau du membre supérieur droit, mais aussi à un contexte existentiel compliqué, avec un lourd passé, dont il a estimé qu'il jouait probablement également un rôle. Le médecin a relevé que ce n'était qu'un an après l'accident qu'une problématique psychique avait été mise en évidence, avec l'initiation d'un traitement antidépresseur. - Le docteur

J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA a rendu son rapport d'examen final le 30 juin 2016. Il a retenu les diagnostics de fracture articulaire complexe de l'extrémité distale du radius droit, de syndrome aigu du canal carpien et d'arthrose radio-carpienne débutante. Le cas était stabilisé. L'ancienne activité de nettoyeur, en tant qu'elle nécessitait la manipulation d'objets lourds, n'était plus exigible. En revanche, une activité professionnelle n'impliquant ni port de charges répétitif, ni activités en flexion ou rotation du poignet droit ou, de manière générale, une activité nécessitant un travail en force du poignet, pouvait s'exercer à plein temps. Les troubles concernant les rachis lombaire et cervical, purement dégénératifs, n'étaient pas à la charge de l'assureur-accidents.!

Le dossier a alors été soumis au Service médical régional de l'OAI (SMR) qui, le 19 janvier 2017, a constaté que l'assuré souffrait de plusieurs pathologies somatiques entraînant une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle et ce, de façon définitive. Une expertise psychiatrique a été préconisée, pour déterminer la capacité résiduelle dans une activité adaptée, vu le contexte de syndrome douloureux chronique.!

La doctoresse K_____, médecin psychiatre, psychothérapeute et médecin expert AI, qui a rendu son rapport le 19 décembre 2017, sur la base de deux entretiens et du dossier qui lui avait été transmis. !

L'experte a décrit l'histoire médicale et s'est fait le relais des plaintes de l'assuré. Elle s'est ensuite livrée à une anamnèse personnelle, familiale et socio-professionnelle. En définitive, elle a écarté le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, au profit de celui de trouble dépressif récurrent épisode actuel léger. Elle a retenu également celui d'état de stress post-traumatique, mais jugé qu'il n'était pas incapacitant. Elle a corroboré celui de syndrome douloureux somatoforme persistant, mais écarté celui de trouble de somatisation au motif que les plaintes, suffisamment manifestes et persistantes, constituaient à elles seules une caractéristique essentielle du tableau clinique. D'un point de vue purement psychiatrique, l'experte a évalué la capacité de travail à 80%, voire 100%, à condition d'éradiquer le diagnostic d'épisode dépressif léger par une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique. Elle a noté que l'assuré n'avait pas beaucoup de ressources personnelles. -

Le Service médical régional de l'AI (SMR), dans un avis émis le 28 février 2018, a jugé cette expertise convaincante et s'est rangé à ses conclusions.!

4. Par écriture du 11 juin 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. !

L'assuré explique qu'avant l'accident, il souffrait déjà de douleurs au niveau des cervicales et des lombaires ayant entraîné des arrêts de travail. Ces problèmes se sont aggravés après l'accident : les douleurs ont commencé à irradier dans les membres inférieurs, surtout à droite. Le recourant explique qu'il rencontre de grandes difficultés pour se déplacer, qu'il doit s'aider d'une béquille et qu'il tremble. Il n'arrive plus ni à se baisser, ni à porter quoi que ce soit. Il a également beaucoup de mal à s'asseoir et à se lever, et son sommeil est perturbé en raison des douleurs. Il est ainsi très limité dans toutes ses activités quotidiennes, même les plus simples, et doit demander l'aide de son épouse ou de ses enfants pour se doucher, s'habiller ou mettre ses chaussures. Dans ces conditions, il conteste pouvoir exercer la moindre activité. Le recourant reproche à l'intimé de n'avoir pas suffisamment tenu compte de ses problèmes de santé et des limitations qu'ils entraînent. Il relève avoir d'ailleurs dû interrompre une mesure de détection précoce au début de l'année 2016. 5.

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 juillet 2018, a conclu au rejet du recours.!

L'OAI se réfère au rapport de la CRR de juin 2016 qui conclut à l'incapacité d'exercer l'activité habituelle. Il relève que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique alors mis en évidence a été investigué par la Dresse K_____ en

décembre 2017. L'expert psychiatre a retenu comme diagnostics un trouble dépressif récurrent épisode léger, secondaire aux douleurs chroniques, responsable d'un sommeil non réparateur et d'un isolement social et familial, dont il a estimé qu'il n'était responsable que d'une diminution de rendement de 20% s'agissant d'une activité adaptée. L'OAI considère qu'il a pris en compte l'ensemble des atteintes à la santé du recourant. 6. Par écriture du 17 août 2018, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Le recourant rappelle qu'il souffre - outre les séquelles de sa fracture au poignet droit -, d'un syndrome du tunnel carpien aigu à droite, d'une myélopathie cervicale, d'un canal lombaire étroit et d'un syndrome pyramidal des membres inférieurs qui l'oblige à se déplacer avec une béquille. Le recourant fait remarquer que la SUVA est intervenue en qualité d'assureur-accidents et que, dès lors, son évaluation de sa capacité de travail s'est limitée au handicap en lien avec l'accident. Les autres affections physiques mentionnées n'ont pas été investiguées. En se contentant de suivre l'évaluation de la SUVA sans ordonner de mesures d'instruction supplémentaires sur le plan médical, l'OAI a donc négligé l'instruction de son dossier. A l'appui de sa position, le recourant produit :

- un rapport du Dr E_____, du 5 octobre 2013, concluant à un syndrome pyramidal des membres inférieurs, très asymétrique, plus marqué à droite qu'à gauche, avec des troubles sensitifs très modérés, non systématisés et une électroneuromyographie (ENMG) du membre inférieur droit normal ;
- un rapport de ce même médecin, daté du 14 juin 2016, concluant à des séquelles de myélopathie cervicale et à un canal lombaire étroit ; le médecin confirme que l'examen neurologique montre un syndrome pyramidal des membres inférieurs plus marqué à droite qu'à gauche ; il fait état d'une ENMG du membre inférieur droit normale et d'un EMG du jambier antérieur ne montrant pas de signe de dénervation, ce dont le médecin conclut que la faiblesse du releveur du pied est en lien en majeure partie avec la myélopathie et non avec un déficit radiculaire d'origine lombaire ; le médecin ajoute que le canal lombaire étroit joue probablement un rôle dans la symptomatologie à ce niveau, même s'il n'y a pas de déficit radiculaire net ;
- un rapport de la Consultation ambulatoire de la douleur du 22 janvier 2018, concluant à un syndrome somatoforme douloureux persistant avec douleurs mixtes du poignet neurogènes (allodynie) et une nociceptive mécanique sur une arthrose radio-scaphoïdienne ; sont également mentionnées à titre de comorbidités : les séquelles d'une myélopathie cervicale en regard d'une protrusion discale C5-C6 stable et un status post-fracture du poignet droit avec complication aiguës (surinfection du site opératoire nécessitant plusieurs reprises chirurgicales) et tardives, sous forme d'allodynie mécanique du poignet et arthrose radio-scaphoïdienne ; les médecins font état de la présence de 14 points positifs sur 18 pour la fibromyalgie, d'une diminution de la force du membre inférieur droit dans tous les plans avec des mouvements très algiques rendant difficile l'évaluation de la force à proprement parler ; ils relèvent des signes positifs de Waddell et des réactions exagérées ; ils concluent en définitive à des douleurs disséminées évoquant un syndrome somatoforme douloureux persistant auquel s'ajoutent des douleurs mixtes du poignet neurogènes et nociceptives mécaniques sur une arthrose radio-scaphoïdienne et préconisent une évaluation conjointe avec un psychiatre au vu d'un score compatible avec un état dépressif sévère et d'un manque de compliance aux tentatives antérieures de suivi psychothérapeutique et de prescription médicamenteuse ;
- un rapport rédigé le 18 juillet 2018 par la Dresse H_____, expliquant qu'elle le suit depuis novembre 2015 pour des cervico-dorsalgies et des douleurs lombo-sacrées irradiant dans le membre inférieur droit et handicapant progressivement sa marche ; le médecin mentionne également des douleurs au poignet droit suite à une fracture et des

complications opératoires ; la Dresse H_____ fait aussi état, durant les trois dernières années, d'une aggravation lente et progressive de toutes les douleurs, en partie secondaires au canal lombaire étroit ; elle ajoute que son patient souffre d'un syndrome pyramidal des membres inférieurs plus marqué à droite qu'à gauche et d'une faiblesse des releveurs du pied, qu'elle attribue en majeure partie à la myélopathie cervicale mise en évidence par le neurologue ; le médecin explique qu'en 2015, les rhumatologues des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) comptaient sur une amélioration de la capacité de travail suite à l'introduction d'antidépresseur, mais que ladite amélioration ne s'est pas concrétisée, son patient n'ayant pas supporté les effets secondaires du traitement ; la Dresse H_____ rappelle que la somatisation a été écartée par la Dresse K_____ ; en définitive, les diagnostics retenus sont ceux de myélopathie cervicale C5-C6, de canal lombaire étroit entraînant des douleurs, des difficultés à la marche et dans les positions statiques, ainsi que l'impossibilité de porter des charges ; dans ce contexte, la résistance et la capacité de concentration de l'assuré sont diminuées, qui plus est, les effets indésirables des différents traitements compliquent la prise en charge des douleurs ; le médecin en tire la conclusion que la capacité de travail de son patient est de 0%.

EN DROIT 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).
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.
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).
3. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.
Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).
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).
5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité.
6. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} 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 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 1^{er} 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). 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). 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 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). 9. La jurisprudence a d'abord considéré que les dépressions légères à moyennes n'étaient invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronicisé et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 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 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 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). 11. En l'occurrence, l'intimé se réfère au rapport de la CRR de juin 2016. Pour le surplus, il rappelle que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique alors mis en évidence a été investigué par la Dresse K_____, en décembre 2017, et que celle-ci n'a finalement retenu qu'un trouble dépressif récurrent épisode léger, responsable d'une diminution de rendement de 20% dans une activité adaptée.![endif]>![if> Le recourant reproche pour sa part à l'intimé de n'avoir pas pris en compte toutes ses atteintes. Il rappelle qu'il souffre - outre les séquelles de sa fracture au poignet droit -, d'un syndrome du tunnel carpien aigu à droite, d'une myélopathie cervicale, d'un canal lombaire étroit et d'un syndrome pyramidal des membres inférieurs. Il fait remarquer que l'évaluation à laquelle il a été procédé pour la SUVA s'est limitée aux handicaps en lien avec l'accident pris en charge par cette dernière. Les autres affections physiques mentionnées n'ont pas été investiguées. Dès, lors, en se contentant de suivre l'évaluation de la SUVA sans ordonner de mesures d'instruction supplémentaires sur le plan médical, l'OAI a négligé l'instruction de son dossier. Il est vrai que la CRR a limité son examen aux diagnostics en lien avec l'accident, relevant au passage

que les diagnostics médicaux sans lien avec l'accident rendaient mieux compte des plaintes et limitations du patient que les atteintes en lien avec l'évènement et pouvaient défavorablement influencer le retour au travail (lombalgies chroniques avec trouble de la marche, probable canal lombaire rétréci, cervicalgies chroniques). Il a été souligné que les limitations fonctionnelles retenues n'ont été établies qu'en lien avec la seule atteinte au poignet, les atteintes des rachis cervical et lombaire ne relevant pas de l'assureur-accidents. Le Dr J_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a fait de même, en soulignant que les troubles concernant les rachis lombaire et cervical, purement dégénératifs, n'étaient pas à la charge de l'assureur-accidents. Le SMR, auquel le dossier a alors été soumis, s'est contenté de préconiser une expertise psychiatrique, vu le contexte de syndrome douloureux chronique. S'il est vrai qu'un tel syndrome a été évoqué au cours de l'instruction, il n'en demeure cependant pas moins que des atteintes somatiques avérées existent, qui n'ont été investiguées ni par l'assureur-accidents - dont elles ne relevaient pas -, ni par l'intimé. Ainsi, le Dr E_____ a mis en évidence des troubles dégénératifs particulièrement marqués au niveau L4-L5, avec un rétrécissement du canal sévère à ce niveau - corroborés par l'imagerie -, mais également un syndrome pyramidal des membres inférieurs, asymétrique, plus marqué à droite qu'à gauche, ainsi qu'une discopathie dégénérative avec protrusion discale au niveau des cervicales. Le médecin a observé un important trouble à la marche et émis l'hypothèse qu'un problème ancien au niveau cervical pouvait avoir été aggravé par le rétrécissement sévère au niveau lombaire (cf. rapports des 5 et 21 octobre 2013). Il a également été indiqué par les médecins que la faiblesse du releveur du pied était en lien en majeure partie avec la myélopathie et que le canal lombaire étroit jouait probablement un rôle dans la symptomatologie à ce niveau, même s'il n'y a pas de déficit radiculaire net. Le médecin traitant quant à lui, souligne l'aggravation lente et progressive de toutes les douleurs, en partie secondaires au canal lombaire étroit. Ces atteintes objectives n'ont pourtant fait l'objet d'aucune évaluation en termes de capacité de travail, au motif qu'un trouble somatoforme douloureux avait été conjointement évoqué. Quant à la valeur probante de l'évaluation psychiatrique à laquelle s'est livrée la Dresse K_____, elle pose également question. En effet, l'experte a écarté le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, au profit de celui de trouble dépressif récurrent épisode actuel léger, sans expliquer sa position. De même, elle a retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, mais jugé celui-ci incapacitant, sans expliquer là encore pour quelles raisons elle parvenait à cette conclusion. Enfin, elle a conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant, qu'elle a jugé non invalidant alors même qu'elle notait dans le même temps que l'assuré n'avait pas beaucoup de ressources personnelles. On relèvera encore que l'experte ne s'est guère prononcée sur les différents indicateurs jurisprudentiels. De ce qui précède, la Cour de céans retient que l'instruction, lacunaire, doit être complétée par des investigations supplémentaires sur le plan physique. Il serait souhaitable de procéder à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire, comportant un nouveau volet psychique, afin d'approfondir la question des différents indicateurs posés par la jurisprudence et le diagnostic d'état de stress post-traumatique brièvement évoqué par l'experte. En conséquence, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 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 200.-. 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.