

GE_GERICHTE A/2721/2017 vom 5. März 2018

GE Cour de justice, 2018-03-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2721_2017

FR: GE_GERICHTE A/2721/2017 du 5 mars 2018

IT: GE_GERICHTE A/2721/2017 del 5 marzo 2018

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN 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 ou le recourant), né en 1962, a travaillé en qualité d'assistant social à 80 % au Centre B_____ dès 1989.![endif]>![if> 2. En date du 31 août 2006, l'assuré a adressé une demande de prestations à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant un torticolis spasmodique avec handicap fonctionnel important, des scoliozes et des hernies discales.![endif]>![if> 3. A la demande de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le docteur C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a procédé à l'expertise de l'assuré. ![endif]>![if> Dans son rapport du 23 juin 2006, ce médecin a relaté l'anamnèse de l'assuré. Ce dernier présentait une osteogenesis imperfecta, qui avait entraîné plusieurs fractures. Une fracture d'une apophyse transverse de la première vertèbre dorsale en 1990 avait déclenché une symptomatologie de torticolis spasmodique, dont l'intensité s'était accrue pour devenir maximale, générant un handicap très important. Parallèlement, depuis 2003, l'assuré avait une lombosciatalgie gauche de territoire L5-S1. Une IRM avait objectivé une petite hernie discale en position intraforaminale gauche au niveau de l'espace inter-somatique L3-L4 et des critères osseux en faveur d'un canal lombaire modéré étagé. En raison de son atteinte à la santé, l'assuré avait décidé de réduire son temps de travail à 80 %. Il avait subi les incapacités de travail suivantes : 50 % du 26 août au 4 septembre 2005, 100 % du 5 septembre au 20 novembre 2005, 50 % du 21 novembre au 18 décembre 2005, 100 % du 19 décembre 2005 au 8 janvier 2006, 50 % du 9 janvier au 4 avril 2006 et 50 % depuis le 15 mai 2006. Il se plaignait de douleurs cervicales constantes, s'accompagnant de sensations de tension de tous les muscles para-cervicaux, et de céphalées postérieures. Ces douleurs généraient des difficultés de concentration. La station prolongée devant l'ordinateur était particulièrement pénible et limitée à une demi-heure d'affilée. L'assuré ne pouvait tenir des positions figées dans la durée. En raison d'une récente pancréatite lithiasique, il ne pouvait plus prendre des anti-inflammatoires par voie orale, mais uniquement des antalgiques simples et des myorelaxants. Au jour de l'expertise, sa lombosciatalgie gauche avait régressé de manière significative. Il ressentait uniquement une pygalgie gauche évaluée à 5/10 sur l'échelle de la douleur. Il avait renoncé au ski et au vélo. Il ne pouvait plus porter de charges, ni jouer avec ses enfants. Au plan psychologique, l'assuré disait vivre difficilement son atteinte à la santé, notamment en raison de ses douleurs quotidiennes, et être frustré par les limitations rencontrées dans ses activités professionnelles et dans ses loisirs. Toutefois, on ne le sentait pas démuni. Ses mécanismes de coping étaient opérants, avec une bonne adaptation à son handicap. Sur le plan thymique, il décrivait un moral en dents de scie avec parfois des

épisodes d'anxiété portant sur l'évolution de son état de santé dans le futur. Toutefois, il s'agissait d'une personne solide, au tempérament équilibré, ne s'affirmant pas triste. Il était vif et on ne constatait ni aboulie ni anhédonie. Selon l'expert, formé en médecine psychosomatique et psychosociale, il n'existait pas chez l'assuré d'éléments psychopathologiques ayant valeur de maladie. L'expert a consigné les résultats du status clinique, qu'il a complété par des radiographies. Il a noté que l'assuré présentait des spasmes cervicaux itératifs pouvant être qualifiés de sévères, avec un handicap fonctionnel quasi permanent, ceci malgré des injections régulières de toxine botulique. Son rachis cervical se présentait en rotation/flexion latérale gauche. Ses spinaux cervicaux se révélaient rigides, avec une contracture d'accompagnement du trapèze gauche ainsi que du sterno-cléido-mastoïdien ipsilatéral. Les rotations ainsi que les latéflexions étaient extrêmement réduites du côté droit. Il fallait encore ajouter que les clichés standards du rachis cervical mettaient en évidence d'importants troubles statiques et dégénératifs, qui contribuaient à l'intensité des algies. La seconde problématique était une lombosciatalgie gauche de territoire métamérique L5 avec une protrusion au niveau du métamère L5-S1 gauche réalisant un conflit sur la racine L5 gauche au niveau foraminaux. Cette atteinte était toutefois au second plan selon l'assuré. L'expert avait pris contact avec le neurologue traitant de l'assuré. Selon ce spécialiste, l'assuré avait travaillé jusqu'ici à la limite de ses forces, en investissant toutes ses ressources pour effectuer au mieux son travail. Toutefois, une telle activité professionnelle réalisée en position stationnaire à plein temps n'était plus possible dans la durée, d'autant plus qu'il n'existait pas de traitement véritablement efficace. L'expert a posé les diagnostics de torticolis spasmodique avec handicap fonctionnel important et de lombosciatalgie L5 gauche déficitaire sur le plan sensitif. Au vu de ces éléments, et principalement en raison de l'atteinte cervicale, la capacité de travail de l'assuré était au maximum de 50 % dans son activité, avec un rendement complet. Une reconversion professionnelle n'était pas exigible. 4. Dans son rapport du 14 septembre 2006, le docteur D _____, spécialiste FMH en neurologie et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de dystonie cervicale sévère (torticolis spasmodique) et de discopathies cervicales et lombaires étagées depuis 1998. L'assuré présentait en outre une hypertension artérielle, sans incidence sur sa capacité de travail. Sa capacité de travail était de 50 % depuis le 15 mai 2006. L'assuré souffrait de rotations violentes incontrôlables de la tête à droite et de douleurs locales. La dystonie rendait les conditions de travail très pénibles, avec une réaction d'épuisement. Un taux de 50 % permettrait à l'assuré de poursuivre son activité en augmentant les temps de récupération. Une autre activité n'était pas exigible. 5. Dans son rapport du 1^{er} octobre 2006, le docteur E _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué que l'activité exercée était exigible à 50 %. La capacité de travail ne pouvait être améliorée et une autre activité n'était pas exigible. Pour le surplus, il a renvoyé à l'expertise du 23 juin 2006. 6. Dans son rapport du 19 janvier 2007, la doctoresse F _____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de torticolis spasmodique, de lombosciatalgie gauche et d'osteogenes imperfecta. L'assuré souffrait également d'une hypertension artérielle, d'une hernie inguinale et d'un status post pancréatite lithiasique, ces atteintes étant sans incidence sur sa capacité de travail. S'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, elle a renvoyé l'OAI aux rapports des Drs D _____ et E _____. 7. A la demande de l'OAI, le Dr C _____ a indiqué dans un courrier du 15 février 2007 que la capacité de travail s'élevait à 50 % de 100 % et non à 50 % de 80 %. 8.

Par décision du 17 août 2007, l'OAI a octroyé une demi-rente à l'assuré, assortie de rentes pour enfants dès le 1^{er} août 2006. Il a notamment retenu que l'assuré aurait augmenté son temps de travail à 100 % s'il avait été en bonne santé, et lui a reconnu un statut d'actif.!

9. Lors de la première procédure de révision de la rente en août 2010, l'assuré a signalé une aggravation de son état de santé liée à des douleurs dorsales et lombaires et aux douleurs chroniques dues au torticolis spasmodique. Les Drs F_____ et D_____ ont quant à eux qualifié l'état de santé de stationnaire dans leurs rapports respectivement datés du 3 septembre et du 7 octobre 2010.!

10. Le 15 novembre 2010, l'OAI a communiqué à l'assuré que son droit à la rente n'était pas modifié.!

11. Dans son rapport du 25 août 2015 à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr D_____ a fait état d'un torticolis spasmodique traité par Botox®, incomplètement amélioré, d'épuisement et de dépression depuis mai 2015, de stress professionnel et d'aggravation des douleurs. L'incapacité de travail était complète du 4 mai au 31 août 2015. La reprise à 50 % était prévue le 1^{er} septembre 2015.!

12. Le 14 septembre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations à l'OAI. Il a signalé une aggravation de ses problèmes neuromusculaires depuis plusieurs mois. Son incapacité de travail était totale depuis le 1^{er} mai 2015. !

13. Dans un certificat du 2 octobre 2015, le Dr D_____ a attesté suivre l'assuré depuis septembre 1998. Le diagnostic neurologique était celui de torticolis spasmodique sévère traité par des mesures physiques et des injections répétées de Botox®, afin de soulager les douleurs liées aux tensions musculaires cervicales - qui entraînaient une forte rotation et inclinaison de la tête à gauche - ainsi que les conséquences de ces tensions, prenant la forme de discopathies sur l'ensemble du rachis avec des phénomènes d'arthrose progressant plus vite que la norme. Malgré ce handicap et grâce au traitement, l'assuré avait pu effectuer son travail à 50 % au moyen d'efforts importants de sa part dans les périodes plus difficiles. Depuis quelques mois, sa situation neurologique s'était aggravée, la réponse au Botox® était moins bonne et cela avait entraîné une réaction anxio-dépressive. Il paraissait extrêmement douteux que sa condition neurologique puisse s'améliorer à l'avenir, et le Dr D_____ considérait qu'il fallait envisager une invalidité à 100 %. Dans les périodes plus favorables qui ponctuaient les fluctuations de l'état de l'assuré, un petit travail ponctuel pour le même employeur pourrait être envisagé dans le meilleur des cas. !

14. Dans un rapport du 17 novembre 2015, le Dr D_____ a retenu les diagnostics de torticolis spasmodique et d'état dépressif réactionnel apparu récemment.!

15. A la demande de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu un rapport d'expertise en date du 4 avril 2016.!

Il a indiqué se fonder sur quatre rapports médicaux du Dr D_____. Les plaintes de l'assuré relevaient d'une part du torticolis spasmodique et d'autre part des phénomènes douloureux intéressant l'ensemble du rachis, à prédominance cervicale et lombaire. L'assuré décrivait son travail comme lourd, très prenant et engendrant une fatigue importante. Il avait connu une décompensation globale en mai 2015 et une incapacité à faire face à ses obligations professionnelles. Le Dr G_____ a noté qu'il était fort probable qu'il existe de nombreuses préoccupations à domicile et peut-être familiales, que l'assuré niait dans le cadre de l'entretien, mais qui ressortaient des documents émanant du Dr D_____. Du point de vue psychologique, l'assuré se disait actuellement nettement mieux mais constatait la persistance des phénomènes douloureux qui l'empêchaient, selon lui, d'envisager une reprise d'activité. A l'examen, l'expert a notamment constaté une déviation tonique de la tête en rotation et légèrement en inflexion latérale gauche inhérente au

torticolis spasmodique, la dernière injection ayant eu lieu deux jours auparavant. Il existait des contractures musculaires douloureuses intéressant l'ensemble du rachis, prédominants au niveau des jonctions cervico-occipitales des deux côtés, et des insertions temporales de la ceinture scapulaire et lombaire. En conclusion, le Dr G _____ ne relevait aucune anomalie significative, hormis le torticolis spasmodique. En revanche, il existait un état tensionnel chronique avec des contractures musculaires douloureuses intéressant l'ensemble du rachis et de la tête, une labilité émotionnelle, des troubles de l'attention et une asthénie. Différentes investigations avaient aussi mis en évidence une gastrite érosive ainsi qu'une œsophagite. Ces troubles s'intégraient dans le cadre d'un état de stress chronique. Le diagnostic était celui de torticolis spasmodique, motivant des injections de Botox® tous les trois mois environ. L'efficacité de cette thérapie demeurait. Il s'y ajoutait un état de stress chronique, avec un tableau de contractures musculaires douloureuses diffuses, une labilité émotionnelle, des myokimies faciales, des troubles de l'attention et un probable état dépressif réactionnel, à confirmer par un psychiatre si nécessaire. Le Dr G _____ considérait que les mesures thérapeutiques étaient appropriées. En revanche, la situation pourrait être améliorée avec des attitudes comportementales pouvant avoir un impact sur les seuils de sensibilité à la douleur. De la physiothérapie en piscine pourrait par exemple être salutaire, ainsi que des techniques de relaxation et d'hypnose. Un reconditionnement progressif à l'exercice était important. Pour l'expert, on se trouvait très clairement dans le cadre d'un état de stress et de burn out survenu au début de l'année 2015. Cette situation semblait stable mais dans l'absolu, du point de vue purement neurologique, il n'existait pas de contre-indication à reprendre une activité professionnelle. Les facteurs limitatifs actuels étaient la douleur, certaines manifestations inhérentes à un état de stress et éventuellement un état anxio-dépressif, qui ne semblaient pas majeurs. En l'état, la reprise de l'activité professionnelle serait envisageable une fois le syndrome douloureux chronique stabilisé, s'il n'existait pas de psychopathologie majeure sous-jacente. L'activité professionnelle actuelle était adaptée à l'état de l'assuré. Il existait néanmoins actuellement un surmenage professionnel et un état de tension, probablement d'origine multifactorielle. Il était très rare que les torticolis spasmodiques soient liés à des phénomènes douloureux, évoquant ainsi l'intrication avec l'état de stress mentionné. L'assuré niait l'existence de facteurs étrangers. Le neurologue constatait en examinant le dossier du Dr D _____ qu'il existait des tensions familiales non négligeables. Du point de vue purement neurologique, une reprise de ses activités professionnelles était envisageable à brève échéance. Toutefois, son syndrome douloureux devrait être amélioré et ce n'était qu'au prix de cette démarche qu'une reprise régulière pourrait devenir effective. Cela nécessiterait une amélioration de son traitement antalgique, physique et probablement psychothérapeutique d'ordre cognitivo-comportemental. Toute activité sédentaire avec un cadre professionnel parfaitement cerné était envisageable du point de vue neurologique. Le Dr G _____ a encore ajouté que le Dr D _____ arrêterait peut-être son activité professionnelle et a proposé plusieurs options pour le suivi médical de l'assuré, en concluant que le torticolis n'était pas la raison première de la diminution de ses activités professionnelles. 16. Dans une attestation du 28 avril 2016, Monsieur H _____, physiothérapeute, a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis 1998. Le traitement tendait à combattre les effets secondaires de son torticolis spasmodique, et impliquait une hygiène de vie irréprochable, notamment en lien avec le maintien de l'activité physique. L'assuré se montrait très compliant et s'entraînait régulièrement. Malgré ces efforts, la situation n'avait que peu de chances de s'améliorer et allait même en se dégradant. Depuis plusieurs mois, le physiothérapeute constatait chez

l'assuré une fatigue physique et un épuisement psychique qui s'installaient progressivement. Malgré les efforts de l'assuré pour donner le change, cette situation était préoccupante. Le 4 mai 2016, le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a établi un rapport d'expertise à la demande de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Il y a rappelé le contenu des rapports du Dr G_____, du Dr D_____ et de J_____, avant de relater l'histoire personnelle et l'anamnèse de l'assuré. Ses plaintes étaient les suivantes : les douleurs dorsales avaient provoqué une fatigue importante, une angoisse et une tristesse fluctuante. Il s'y ajoutait une perte d'équilibre. Il n'y avait pas d'autre plainte spontanée. Sur demande, l'assuré évoquait des troubles du sommeil, notamment des difficultés d'endormissement et des réveils nocturnes, ainsi que des troubles de la concentration. Le Dr I_____ ne retenait pas d'anhédonie au vu des bonnes relations avec l'entourage. Il n'y avait actuellement pas de retentissement significatif des plaintes dans les activités de la vie quotidienne et du ménage d'un point de vue psychiatrique, en dehors d'une fatigue subjective. En effet, l'assuré arrivait à réaliser une petite partie des tâches ménagères sans difficultés particulières, le reste étant effectué par une femme de ménage et un jardinier, et il faisait les courses accompagné de sa femme. Cette situation était quasi comparable à celle précédant les arrêts de travail. L'assuré conservait une hygiène personnelle irréprochable. Il consacrait ses journées notamment aux tâches administratives de son foyer, à celles de son beau-père, de son grand-oncle et d'une tante. Il préparait le repas de midi, faisait de la physiothérapie, lisait, réalisait du jardinage léger. Les week-ends, il organisait des repas avec des amis. Il avait maintenu de bonnes relations avec plusieurs membres de sa famille et avec des amis proches. La concentration et les capacités cognitives étaient pleinement conservées, comme le révélaient les scores aux épreuves psychométriques. Il se montrait relativement motivé pour reprendre son activité professionnelle auprès de son employeur actuel. L'expert ne retenait pas de répercussions des plaintes psychiatriques empêchant une reprise professionnelle légèrement décalée dans le temps et progressive auprès du même employeur. A l'examen, les propos de l'assuré étaient structurés. On ne relevait ni ralentissement psychomoteur, ni agitation psychomotrice. La mimique était adéquate, le visage expressif avec une thymie légèrement abaissée, sauf lorsque l'assuré évoquait les douleurs somatiques, moment auquel il manifestait de la tristesse. Il n'y avait pas de trouble formel de la pensée, ni de barrages ou d'attitudes d'écoute d'hallucinations auditives. On notait la recherche de positions antalgiques. L'assuré était bien orienté dans l'espace et dans le temps, et il n'y avait pas de troubles objectivables de l'attention, de la concentration et mnésiques. L'analyse des critères majeurs de la dépression selon la CIM-10 ne révélait pas les trois critères nécessaires pour évoquer un diagnostic d'épisode dépressif. La tristesse n'était pas présente durant la plupart de la journée, et elle n'était plus incapacitante. L'anhédonie était absente et la fatigue n'avait pas de répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne. Toutefois, selon l'anamnèse, l'assuré avait présenté dans le passé une fatigue importante et incapacitante dans le passé, ainsi qu'une tristesse significative durant la plupart de la journée. Il faisait état de moments de plaisir partagés avec son entourage. Le critère de la fatigabilité n'était pas présent. Il décrivait une confiance en lui conservée. Aucune culpabilité n'était notée. Les difficultés d'endormissement restaient sans répercussions significatives sur les activités de la vie quotidienne. Il n'existait pas de somnolence diurne, et l'assuré n'avait pas de traitement soporifique. En tenant compte de ces éléments, le Dr I_____ retenait le diagnostic d'une dysthymie ayant évolué vers un épisode dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle. Il

s'agissait selon l'anamnèse d'un trouble réactionnel à des douleurs somatiques. La symptomatologie dépressive était actuellement d'intensité légère. Le psychiatre ne constatait pas de troubles anxieux spécifiques, les symptômes anxieux résiduels présents s'inscrivant dans le contexte d'une dysthymie. S'agissant de la somatisation, l'assuré n'avait pas de plaintes douloureuses persistantes sans substrat organique, ce qui permettait d'exclure ce diagnostic. Selon le substrat organique existant, l'expert retiendrait probablement des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs. Les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail étaient ceux d'épisode dépressif récurrent moyen, avec syndrome somatique, actuellement en rémission partielle, et de symptomatologie dépressive actuellement légère. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient ceux de difficultés liées à l'emploi et au chômage et de facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs, ainsi que de dysthymie ayant précédé l'épisode dépressif actuel. L'assuré souffrait d'une atteinte dans sa santé psychique, car son épisode dépressif récurrent moyen, bien qu'en rémission partielle, avait été source de limitations fonctionnelles significatives essentiellement dans le passé. Des symptômes anxieux et dépressifs résiduels étaient encore présents. Les douleurs somatiques avaient été l'élément déclencheur de l'épisode dépressif récurrent moyen. Malgré l'existence d'un décalage entre les plaintes et le constat objectif, et malgré les bénéfices secondaires asséculogiques (passer plus de moments en famille), il n'y avait pas d'exagération consciente des troubles. La souffrance était réelle et les arrêts maladie étaient justifiés. D'un point de vue purement psychiatrique, la capacité de travail médico-théorique était nulle jusqu'au 14 juin 2016, de 50 % du 15 juin 2016 au 14 juillet 2016 et de 100 % dès le 15 juillet 2016. Le Dr I _____ préconisait une reprise progressive et décalée dans le temps, tenant compte d'un éventuel risque de rechute dépressive et de la persistance des symptômes anxieux et dépressifs résiduels subjectifs. Un reclassement ou une reconversion paraissaient inutiles d'un point de vue purement psychiatrique. L'activité actuelle était adaptée. En faisant abstraction des facteurs psychosociaux, on pourrait envisager une reprise professionnelle plus rapide. 18.

En réponse aux questions posées par l'OAI, le Dr D _____ a indiqué dans son courrier du 26 mai 2016 que l'incapacité de l'assuré était d'origine mixte. Le torticolis spasmodique ne répondait que partiellement aux injections de Botox®, ce qui entraînait la déviation pratiquement constante de la tête vers la gauche avec une inclinaison et une très forte contraction des muscles cervicaux. Cette contracture permanente était fortement douloureuse, elle était gênante dans toutes les activités quotidiennes. Avec les années, elle avait entraîné des phénomènes dégénératifs d'arthrose de la colonne cervicale et de l'ensemble du rachis. Les troubles dégénératifs étaient surtout une petite hernie discale L3-L4 et une protrusion discale L4-S1, qui par moments entraînaient des douleurs. Avec les années, ces difficultés quotidiennes avaient entraîné la nécessité d'une réduction du temps de travail, qui s'était faite progressivement dans un contexte où l'assuré avait toujours tenté de poursuivre son activité au moyen d'adaptations suggérées de l'assuré et appréciées par l'employeur. Du fait de cette déviation tonique de la tête, l'effort pour effectuer un travail entraînait également des difficultés de concentration croissantes. Depuis environ une année, cette lutte continuelle avait engendré un épuisement progressif avec des conséquences dépressives. La phase la plus grave de cette réaction dépressive était actuellement passée selon l'assuré. Au niveau du torticolis spasmodique, on pouvait constater qu'après les injections de Botox®, l'assuré voyait ses douleurs réduites pendant plusieurs semaines, avant une recrudescence au 3^{ème} mois. Au 4^{ème} mois, il fallait refaire les injections, qui

allégeaient les douleurs mais ne modifiaient pas beaucoup la position de la tête vu l'importance du torticolis. L'IRM cervicale du 13 février 2013 montrait bien par rapport au scanner cervical de 1998 l'évolution des troubles dégénératifs favorisés par la maladie de base. En mai 2015, le Dr D_____ avait attesté d'un arrêt de travail complet avec reprise en juillet 2015. Dès cette date, il avait prescrit un traitement antidépresseur à l'assuré. Depuis septembre 2015, l'assuré était à nouveau en arrêt de travail complet. [endif]>![if> Selon le Dr D_____, sans la composante dépressive, la capacité de travail de l'assuré serait au maximum de 25 % compte tenu de l'aggravation observée pendant de nombreuses années. Les arrêts et reprises survenus démontraient bien la volonté de l'assuré de maintenir une activité, ce qu'il avait fait jusqu'à la limite de ses possibilités. Dans le contexte du torticolis spasmodique, on ne pouvait pas concevoir une activité adaptée, puisque l'anomalie était permanente, touchait tous les actes de la vie et entraînait des douleurs constantes. Le Dr D_____ a précisé qu'il ne comprenait absolument pas les conclusions du Dr G_____, qui parlait de torticolis spasmodique indolore, alors qu'on savait que la plupart de ces torticolis spasmodiques se décelaient en premier lieu par des plaintes douloureuses extrêmement difficiles à traiter. Le traitement antidépresseur et un soutien psychologique étaient actuellement nécessaires. Au vu du caractère de l'assuré, le Dr D_____ pensait qu'il était capable de récupérer une thymie normale, à condition que l'on accepte que sa capacité de travail était actuellement quasi nulle et qu'il devait se reposer en position allongée après une heure d'activité à domicile sans efforts physiques importants. Le Dr D_____ a encore relevé que le rapport du Dr I_____ (recte C_____) lui paraissait beaucoup plus professionnel et réaliste que le rapport du Dr G_____. Le Dr D_____ a notamment joint le rapport d'IRM du 13 février 2013, concluant à une rectitude et un rétrécissement constitutionnel du canal cervical, à une dessiccation discale C6-C7 avec légère perte de hauteur de l'espace intersomatique associée à un léger débord discal circonférentiel et une légère uncarthrose bilatérale, ainsi qu'à une légère uncarthrose bilatérale également en C5-C6, à prédominance gauche. 19. Dans son rapport du 13 juin 2016, le docteur K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a fait état de douleurs cervico-scapulaires chroniques dans le contexte d'un torticolis spasmodique traité depuis 1998 par des injections de toxine botulique, des relaxants musculaires, de la physiothérapie et du stretching. A l'examen clinique, il existait au niveau cervical une attitude en rotation spontanée d'environ 30° du côté gauche, l'absence de rotation à droite et une rotation maximale de 40° du côté gauche. Toute la musculature cervicale et scapulaire, notamment du côté gauche, ainsi que le sternocléidomastoïdien gauche, étaient le siège d'une contracture douloureuse à la palpation. Le Dr K_____ n'avait vu l'assuré que ponctuellement et ne pouvait se prononcer sur l'évolution des troubles. L'assuré décrivait une aggravation des douleurs chroniques liées au torticolis, avec une diffusion des douleurs dans la musculature cervicale et scapulaire gauche, entraînant des douleurs chroniques. Il décrivait des irradiations douloureuses au membre supérieur gauche et des tremblements de la tête. L'ensemble avait pour conséquence des troubles de la concentration. S'agissant de la capacité de travail, le Dr K_____ a renvoyé l'OAI à l'appréciation du Dr D_____. La prise en charge lui paraissait en tous points adéquate. [endif]>![if> 20. Le 25 juin 2016, le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, a établi un rapport. [endif]>![if> Ce médecin a noté que les constatations ressortant de l'IRM du 16 février 2013 ne corroboraient pas l'avis du Dr D_____ du 2 mai 2016. Compte tenu des avis des Drs G_____ et I_____, on pouvait considérer que le torticolis spasmodique était soulagé par les traitements de

toxine botulique. Le syndrome douloureux diffus au niveau cervico-dorso-lombaire était présent et l'absence d'un traitement antalgique chronique parlait en faveur d'une symptomatologie sourde. Une atteinte psychiatrique sous forme de dépression moyenne avait bien été mise en évidence en mai 2015. Cet épisode était actuellement en rémission et n'entraînait pas de limitation de la capacité de travail. Malgré un contexte de torticolis spasmodique, de douleurs cervicales et d'état dépressif, l'activité quotidienne était tout à fait dans la norme. En conclusion, l'assuré présentait une aggravation de ses douleurs cervicales cervico-lombaires dans un contexte de surmenage professionnel et de difficultés familiales. Les expertises montraient que l'évolution était favorable tant au niveau du torticolis, des douleurs cervico-dorso-lombaires qu'au plan psychiatrique. La reprise était exigible. 21. Le 5 juillet 2016, le Dr D_____ s'est adressé au médecin-conseil de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie. Il a indiqué qu'en ce qui concernait les difficultés familiales, elles existaient à l'époque où il avait connu l'assuré et elles avaient expliqué certaines difficultés de traitement, mais elles étaient terminées depuis de nombreuses années. Il n'y avait pas de surmenage professionnel puisque l'assuré travaillait à 50 %. Les dernières années, le traitement à la toxine botulique perdait peu à peu son efficacité, ce qui était connu avec le Botox® et ne pouvait pas être corrigé par l'augmentation des doses ou de la fréquence des injections. L'amélioration constatée depuis quelques mois était selon le Dr D_____ due à l'interruption de l'activité. Une reprise d'activité devait donc être envisagée avec prudence. Celle-ci avait déjà été adaptée à plusieurs reprises par ses employeurs. On pouvait comprendre que l'assuré, qui devait tenir sa tête d'une main pour regarder les personnes dont il s'occupait et en même temps remplir des documents administratifs, s'épuisait rapidement, devait se surcharger d'antalgiques en raison des douleurs cervicales et devait s'allonger après moins de deux heures d'activité. Il était donc beaucoup trop tôt pour le pousser à une reprise du travail, raison pour laquelle le Dr D_____ avait prolongé l'arrêt de travail. 22. Dans un complément de rapport du 3 octobre 2016, le Dr G_____ a résumé les pièces nouvellement mises à sa disposition, dont les rapports du Dr D_____, l'expertise du Dr C_____ et les documents radiologiques. Ce médecin a affirmé qu'en reprenant l'ensemble de ces documents, il relevait d'une part un torticolis spasmodique connu de longue date, partiellement stabilisé par la prise de Botox®, auquel s'associaient des douleurs cervicales non latéralisées irradiant au niveau de la nuque et sur l'ensemble du dos. Le diagnostic d'osteogenesis imperfecta posé par le Dr C_____ devait être mis en doute, compte tenu de l'absence de fractures multiples comme on les rencontrait dans cette pathologie, et d'autres signes tels que des conjonctives bleues ou grises, l'absence d'anamnèse familiale et surtout l'absence de données radiologiques. Des troubles d'ordre psychique étaient régulièrement relevés, notamment dans le cadre de l'évaluation du Dr C_____. En conséquence, le Dr G_____ pensait qu'il s'agissait d'une intrication entre un torticolis spasmodique, sans hypertrophie musculaire secondaire, ayant toujours été partiellement stabilisé par des injections de toxine botulique, et des douleurs rachidiennes. Par contre, il existait aussi un état de stress chronique inhérent aux activités professionnelles et à l'avenir de l'assuré. Cependant, tant du point de vue neurologique que psychiatrique, il n'y avait pas de changement significatif de son état de santé justifiant une incapacité totale de travail. L'ensemble de ce tableau engendrait ainsi un syndrome chronique qui ne pouvait pas être attribué qu'aux suites de sa dysfonction neurologique. Le Dr G_____ a produit un article réévaluant les céphalées telles que celles relevées dans son expertise, en comparant une population générale à celle d'un groupe de sujets souffrant de torticolis spasmodiques. Ledit article concluait à une

incidence similaire de cette symptomatologie dans les deux populations examinées. De ce fait, sans nier l'existence de douleurs cervicales pouvant être générées par un torticolis spasmodique, il était fort probable qu'il existe aussi une participation d'autres facteurs exogènes qui n'étaient pas d'ordre malade, car il n'y avait objectivement pas de changement chronique justifiant une incapacité totale de travail sur une base définitive. En effet, les plaintes relevées dans le cadre de l'expertise du Dr C _____ étaient superposables à celles exprimées actuellement. [endif]>[if> 23. Dans un courrier du 19 octobre 2016 au Dr D _____, l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie s'est référée à l'avis du Dr I _____ et au rapport complémentaire du Dr G _____ du 3 octobre 2016. Elle considérait l'assuré apte à reprendre son activité professionnelle au taux habituel de 50 %.[endif]>[if> 24. Dans son avis du 29 novembre 2016, la docteure M _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu qu'aucun élément médical objectif ne permettait de retenir une aggravation sur le plan somatique. Seule une aggravation transitoire de l'état de santé psychique pouvait être retenue, justifiant une incapacité de travail totale dans toute activité du 4 mai 2015 au 14 juillet 2016. Dès le lendemain, l'assuré avait retrouvé une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle d'assistant social, ou dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques. [endif]>[if> 25. Le 5 janvier 2017, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré, aux termes duquel un droit à une rente entière lui était reconnu du 1^{er} septembre 2015 au 30 juin 2016. Dès le 1^{er} juillet 2016, l'assuré avait à nouveau droit à une demi-rente. L'OAI a relevé que le SMR reconnaissait une aggravation de l'état de santé et une incapacité de travail totale du 4 mai 2015 au 14 juin 2016. Dès le 15 juin, la capacité de travail était à nouveau de 50 %. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. [endif]>[if> 26. Le 3 février 2017, l'assuré, par sa mandataire, a contesté le projet de décision de l'OAI. Il a conclu à son annulation en tant qu'il limitait dans le temps le droit à une rente entière, et à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} septembre 2015. Il s'est dit d'accord avec l'expertise psychiatrique mais pas avec l'absence d'aggravation somatique retenue par l'intimé. Il est revenu sur le déroulement de l'expertise auprès du Dr G _____, au sujet de laquelle il a précisé ce qui suit. L'expertise avait duré 1 h 25. L'expert avait consacré 40 minutes à le mettre à l'aise, évoquant sa neutralité face à l'assurance, la confidentialité de l'entretien, son parcours professionnel aux Etats-Unis, le fait qu'il était un spécialiste de la douleur, qu'il qualifiait de subjective. Il s'était également interrogé sur la durée restante d'activité du Dr D _____. L'expert avait ensuite questionné l'assuré au sujet de son arrêt de travail et ses douleurs. Il lui avait répété en tapant du poing sur son bureau que la douleur était dans la tête, avant de se calmer et de s'excuser de s'être un peu emporté. L'assuré affirmait en outre que le Dr G _____ lui aurait « suggéré d'aller danser avec Pénélope Cruz, ainsi les douleurs s'en iront ou alors, de monter au Salève et de méditer sur un rocher en lisant un livre philosophique (de Matthieu Ricard, Alexandre Jollien et Christophe André) par exemple ». L'assuré n'avait pas été à l'aise. Il avait l'impression que le Dr G _____ se focalisait uniquement sur l'évocation des douleurs et qu'il ne connaissait pas la problématique du torticolis spasmodique, ainsi que l'utilisation du Botox®. Il avait eu le sentiment que l'expertise n'avait pas été approfondie.[endif]>[if> L'expertise ne pouvait se voir reconnaître valeur probante. L'assuré sollicitait une expertise auprès d'un spécialiste, par exemple le professeur N _____, médecin au Service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV). 27. A la demande de l'OAI, l'assuré lui a transmis par courrier du 21 février 2017 le courrier du Dr D _____ du 7 novembre 2016 adressé à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie.[endif]>[if> Dans ce

document, le neurologue traitant a souligné qu'au moment de l'examen psychiatrique par le Dr I_____, l'assuré bénéficiait de deux mesures fondamentales, soit l'arrêt de travail et le traitement antidépresseur. Il était donc normal que l'expert l'ait jugé en meilleure condition au moment de sa visite, ce qui lui avait fait conclure qu'il pouvait reprendre le travail rapidement. Or, mettre un terme à l'arrêt de travail, soit la mesure la plus efficace pour sortir l'assuré de son état d'épuisement et de dépression, était délétère pour sa santé. Le Dr D_____, qui le suivait depuis 15 ans, avait pu constater ses hauts et ses bas, malgré lesquels un temps de travail réduit avait été maintenu. Une reprise dictée pour des raisons pécuniaires semblait peu éthique. Le Dr D_____ avait à l'époque considéré que le rapport du Dr C_____ était de bonne qualité et objectif. Dix ans s'étaient écoulés depuis son établissement, et il n'était pas normal d'affirmer que rien n'avait changé. Le torticolis spasmodique créait des distorsions permanentes de la colonne cervicale, les troubles dégénératifs déjà mis en évidence à l'époque s'étaient nettement aggravés, les récurrences de douleurs avec irradiations dans le membre supérieur gauche étaient plus fréquentes, plus difficiles à traiter, et il y avait également des conséquences sur l'ensemble du rachis de l'assuré, contraint à prendre du repos environ toutes les deux heures. Cette souffrance chronique, non guérissable, avait entamé la résistance psychique de l'assuré, et ce malgré sa volonté et des encouragements de toutes parts. Début 2015, la situation était devenue intenable et avait entraîné l'arrêt de travail. Le Dr D_____ s'est dit révolté par l'appréciation du cas sur la base d'une expertise réalisée 10 ans plus tôt. 28. Selon une note d'entretien téléphonique du 21 mars 2017, l'assuré a indiqué à l'OAI qu'il avait été licencié avec effet au 30 avril 2017. 29. Dans son avis du 5 avril 2017, la Dresse M_____ s'est déterminée sur la position du Dr D_____. Elle a affirmé que le Dr G_____ ne s'en tenait pas aux seules conclusions de l'expertise de 2006, mais qu'il s'appuyait sur l'anamnèse actuelle et sur ses constatations cliniques pour apporter une appréciation claire et cohérente dans un rapport d'expertise dont la structure était logique, ce qui permettait de s'y rallier. Le SMR maintenait ses conclusions du 29 novembre 2016. 30. Par décision du 24 mai 2017, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assuré du 1^{er} septembre 2015 au 30 juin 2016. Dès le 1^{er} juillet 2016, l'assuré avait à nouveau droit à une demi-rente. L'OAI a précisé que les derniers rapports médicaux transmis par l'assuré ne modifiaient pas ses précédentes conclusions. 31. Par écriture du 22 juin 2017, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'intimé. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, et au fond à l'annulation de la décision du 24 mai 2017 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il a contesté l'amélioration de son état de santé dès juin 2016. 32. Le recourant a complété son recours le 26 septembre 2017. Il a conclu, sous suite de dépens, à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à l'annulation de la décision du 24 mai 2017 en tant qu'elle limitait dans le temps la rente entière, et à l'octroi d'une rente entière. Il s'est notamment référé à un courrier du Dr D_____ du 19 juin 2017, qu'il a produit. Il a souligné que l'intimé n'avait pas mis en œuvre d'expertise. Or, les rapports du Dr G_____, se fondant sur un bref entretien, n'étaient pas convaincants et ne devaient ainsi pas se voir reconnaître une pleine valeur probante. En outre, le recourant avait été licencié. L'intimé aurait dû mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle afin de vérifier si la capacité de travail médico-théorique, au demeurant contestée, était exploitable sur le marché du travail. Le degré d'invalidité devait en outre être calculé sur la base des statistiques et tenir compte d'une réduction de 25 % en raison des limitations liées au handicap, de l'âge, des années de service auprès du même

employeur et du taux d'occupation. L'incapacité de travail du recourant étant totale, c'était à tort que l'intimé avait réduit la rente. Par surabondance, la décision ayant été rendue le 24 mai 2017, la diminution de la rente ne pouvait prendre effet que le 1^{er} juillet 2017, conformément aux dispositions réglementaires. ![/endif]>![if> Le recourant a notamment produit les pièces suivantes : a. rapport d'IRM cervicale du 1^{er} mai 2017, concluant à la progression d'une discopathie protrusive C4-C5, C5-C6 et C6-C7 avec en particulier un rétrécissement d'origine multifactorielle C6-C7 gauche en contact étroit avec la racine C7 gauche, et à la progression d'une atrophie musculaire cervicale postérieure à prédominance gauche dans un contexte de torticolis. ![/endif]>![if> b. courrier du 19 juin 2017 du Dr D_____, indiquant suivre le recourant depuis septembre 1998 pour un torticolis spasmodique ayant progressivement entraîné des troubles dégénératifs dans l'ensemble du rachis, en particulier la colonne cervicale, des irradiations radiculaires prédominant dans le membre supérieur gauche avec une petite perte de force distale et récemment quelques signes médullaires sous forme d'hyper-réflexie, ces signes étant apparus depuis environ une année. On notait également une hernie discale lombaire. Le recourant présentait en outre une osteogenesis imperfecta ayant entraîné des fractures des extrémités. Il devait être traité pour une hypertension artérielle. Sous traitement de Botox®, son état avait été stationnaire de 1998 à 2003, avant de s'aggraver progressivement notamment en raison de troubles dégénératifs de la colonne cervicale. La nouvelle IRM cervicale avait révélé une progression des discopathies protrusives de C4-C7 avec un rétrécissement nettement plus marqué en C7 à gauche. La capacité de travail du recourant était nulle selon le Dr D_____. Le recourant avait courageusement lutté depuis 1998 pour maintenir sa capacité de travail, qui avait dû être réduite à 50 % en mai 2006. Il était actuellement obligé de s'allonger toutes les deux heures pour détendre sa musculature cervico-lombaire, et il n'y avait pas de travail adapté possible. Le rapport du SMR du 29 novembre 2016 se référait uniquement à l'expertise du Dr C_____ et ne contenait pas de description actuelle de l'état neurologique, et ne tenait pas compte de l'aggravation postérieure. Le suivi radiologique démontrait l'aggravation. La déviation de la tête exigeait que le recourant la tienne d'une main. L'état dépressif survenu en 2016 n'était que le résultat d'une lutte continuelle contre les conséquences du torticolis. De ce fait, il ne paraissait pas raisonnable de forcer le recourant à prendre un travail. Ce dernier ne pouvait actuellement même pas assumer toutes les tâches domestiques. Déclarer que l'état du recourant était stationnaire depuis 2006 revenait à nier une évidence. ![/endif]>![if> 33. Dans sa réponse du 27 octobre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant des rapports du Dr G_____, il a souligné que la durée de l'entretien n'était pas un critère déterminant pour leur valeur probante. Du point de vue rhumatologique, le Dr K_____ ne retenait pas d'incapacité de travail. L'intimé s'est également référé à l'expertise du Dr I_____ et à l'avis du SMR du 29 novembre 2016, affirmant que c'était à juste titre qu'il avait suivi leurs conclusions. En ce qui concernait le rapport du Dr D_____ du 19 juin 2017, il avait été soumis au SMR, à l'avis duquel l'intimé se ralliait. L'IRM du 1^{er} mai 2017 ne permettait nullement de retenir une aggravation de l'état de santé. Seule une description clinique de la situation médicale accompagnée de ladite IRM aurait suffi à objectiver une aggravation de l'état de santé. Ainsi, le rapport du Dr D_____ n'était pas de nature à influencer l'appréciation de la capacité de travail au moment où la décision litigieuse avait été rendue. Le SMR reconnaissant une incapacité de travail totale dès le 19 juin 2017, date à laquelle le Dr D_____ avait attesté objectivement d'une aggravation de l'état de santé, l'assuré devait déposer une nouvelle demande qui ferait l'objet d'une nouvelle décision administrative.

S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il était favorable au recourant. Aucun élément médical objectivement vérifiable permettant de mettre en doute les conclusions des experts n'avait été apporté par le recourant. L'instruction menée par l'intimé permettait de trancher le litige, de sorte qu'une expertise ne se justifiait pas. [endif]>[if> A l'appui de son écriture, l'intimé a joint l'avis du 20 octobre 2017 de la docteure O_____, médecin au SMR, aux termes duquel le Dr D_____ n'avait amené aucun élément clinique objectif durant l'instruction pour motiver l'aggravation de l'état de santé somatique et l'absence de valeur probante de l'expertise du Dr G_____. Les constatations cliniques objectives ressortant du rapport du Dr D_____ du 19 juin 2017 étaient les suivantes : il existait une déviation de la tête forçant le recourant à tenir sa tête d'une main, une perte de force au niveau distal du membre supérieur gauche et des signes de souffrance médullaire, ces éléments étant corroborés par l'IRM du 1^{er} mai 2017. Si on comparait l'anamnèse et le status de l'expert neurologue avec les éléments actuels, force était de constater qu'il existait bel et bien une aggravation de l'état de santé vraisemblablement postérieure à la décision. Le SMR considérait qu'aucune capacité de travail n'était actuellement exigible. Même si l'IRM était antérieure à la décision, ce seul élément ne permettait pas médicalement d'objectiver une aggravation de l'état de santé. Ce n'était qu'en présence des éléments cliniques accompagnant l'imagerie que la capacité de travail pouvait être évaluée. Ces éléments cliniques avaient été apportés par le Dr D_____ le 19 juin 2017, et ce médecin indiquait que les éléments rapportés étaient récents. 34. Par courrier du 22 novembre 2017 à la chambre de céans, le recourant a précisé qu'il avait adressé une nouvelle demande de prestations à l'intimé afin de préserver ses droits. Il persistait toutefois dans les termes de son recours et sollicitait un délai pour compléter son écriture. [endif]>[if> 35. Dans sa réplique du 13 décembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions visant à l'octroi d'une rente entière, sous suite de dépens. Contrairement à l'avis du SMR, l'aggravation de l'état de santé n'était pas médicalement objectivée uniquement depuis le rapport du Dr D_____ du 19 juin 2017. Il s'est référé au courrier du 28 novembre 2017 du Dr D_____, qu'il a produit. [endif]>[if> Dans ce document, le neurologue traitant a renvoyé à ses rapports précédents, démontrant une dégradation de l'état de santé justifiant un arrêt de travail complet dès juin 2016. Les éléments radiologiques de mai 2017 ne faisaient que confirmer les éléments cliniques décrits par le Dr D_____ depuis 2016. L'état dépressif et les conséquences myélo-radiculaires cervicales existaient déjà en 2016 et ressortaient des questionnaires remplis pour les assureurs. Le Dr D_____ a joint à sa correspondance son courrier du 5 juillet 2016 à l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, ainsi que ses notes de consultation du 28 juillet, du 20 septembre et du 9 décembre 2016. 36. Dans sa duplique du 5 février 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions en répétant que l'aggravation n'avait été objectivée que postérieurement à la décision litigieuse. Il a affirmé que les pièces transmises par le Dr D_____ avaient déjà été portées à sa connaissance et qu'elles avaient été prises en compte. [endif]>[if> 37. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 8 février 2018. [endif]>[if> 38. Sur ce, la cause a été gardée à juger. [endif]>[if> 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) en vigueur dès le 1^{er} 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). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur

le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

4. Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant depuis 1^{er} juillet 2016.

5. 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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

L'invalidité est une notion économique et non médicale, et ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des

assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 8. L'intimé a admis l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} septembre 2015 au 30 juin 2016, se fondant sur l'aggravation de l'état de santé du recourant pour des motifs psychiques. Il a en revanche considéré que la capacité de travail du recourant était à nouveau de 50 % dès le 15 juin 2016, se fondant sur les expertises des Drs G_____ et I_____. S'agissant des rapports du Dr G_____, il convient de relever ce qui suit. Au plan formel, cet expert a établi sa première expertise en se fondant sur quatre rapports du Dr G_____. Il n'avait ainsi pas connaissance des images radiologiques ou de l'expertise du Dr C_____ lorsqu'il a émis ses premières conclusions. Pour ce motif déjà, elle ne saurait se voir reconnaître valeur probante, eu égard aux critères dégagés par le Tribunal fédéral. Il est vrai que le Dr G_____ a par la suite eu accès à ces documents et qu'il a confirmé ses conclusions. Cela ne suffit toutefois pas à pallier le fait que sa première expertise a été rendue sans qu'il dispose de tous les éléments médicaux pertinents. Sur le fond, le premier rapport du Dr

G_____ n'emporte du reste pas la conviction. En premier lieu, ce médecin fait état de probables nombreuses « préoccupations à domicile et peut-être familiales », nonobstant les dénégations du recourant sur ce point. Or, cette assertion n'est étayée par aucun élément factuel. On notera en particulier que les rapports du Dr D_____ ne permettent pas de conclure à l'existence de tels éléments. Elle relève ainsi de la spéculation et n'a pas sa place dans une expertise. Il faut également souligner que l'expert a examiné le recourant deux jours après une injection de Botox®, alors qu'il est établi selon les explications du Dr D_____ que le traitement est efficace dans les premières semaines mais que ses effets s'estompent progressivement par la suite, et que le recourant doit alors faire face à une recrudescence des symptômes. Autrement dit, vu le moment auquel a eu lieu l'examen, il n'est pas certain que le Dr G_____ ait pu mesurer l'intensité des troubles du recourant, croissante après l'efficacité initiale de chaque injection. S'agissant des constatations relevées au status, il paraît pour le moins contradictoire que le Dr G_____ ne retienne aucune anomalie hormis le torticolis, alors qu'il a évoqué la présence de contractures musculaires. Quant aux diagnostics retenus, on relève que le Dr G_____ ignore les troubles du rachis ressortant des documents radiologiques. En ce qui concerne les diagnostics psychiques posés, dont la labilité émotionnelle et l'état dépressif réactionnel, il s'agit d'atteintes qui sortent du domaine de compétence du neurologue, à l'instar du burn out évoqué quelques lignes plus loin. Sur ce point, il eût en outre été utile que le Dr G_____ indique les critères diagnostiques et les constatations sur lesquels il se fondait pour conclure à leur existence. Les conclusions du Dr G_____ quant à la capacité de travail du recourant sont également empreintes de contradictions. En premier lieu, il est surprenant que ce médecin fasse état de limitations liées à la douleur et mentionne un syndrome douloureux chronique, alors qu'il existe des atteintes objectivées, soit le torticolis spasmodique et les pathologies du rachis. Il est en outre contradictoire qu'il qualifie le traitement d'approprié, tout en insistant sur la nécessité de plusieurs adaptations. Il est tout aussi contradictoire de considérer que les douleurs ne sont pas incompatibles avec la reprise du travail, en admettant que le syndrome douloureux doit d'abord se stabiliser. Le complément d'expertise rendu par le Dr G_____ du 3 octobre 2016 ne peut pas non plus se voir reconnaître valeur probante. S'agissant en premier lieu du diagnostic d'osteogenesis imperfecta, qu'il écarte en raison de l'absence alléguée de fractures multiples, il ressort de l'anamnèse du Dr C_____ – qu'aucun élément ne permet de mettre en doute – que le recourant a bien subi de telles fractures. Quant aux troubles psychiques, sur lesquels le Dr G_____ insiste une nouvelle fois, il est inexact d'affirmer qu'ils auraient déjà été mentionnés par le Dr C_____, qui a précisément exclu une pathologie de cet ordre malgré les difficultés que le recourant rencontrait en raison de son état de santé. Le Dr G_____ affirme une nouvelle fois que les douleurs ne sont pas imputables à l'atteinte neurologique. Il ne donne cependant aucune explication scientifique étayant sa position, si bien qu'on ne saurait s'y rallier. On comprend du reste mal la pertinence de la littérature à laquelle il se réfère, puisque les douleurs du recourant ne relèvent pas uniquement de céphalées d'une part, et que le fait qu'elles s'observent chez des sujets ne souffrant pas de torticolis spasmodique ne signifie pas encore que cette atteinte ne puisse pas entraîner de tels maux chez ceux qui en sont atteints d'autre part. Eu égard à ces éléments, les conclusions du Dr G_____ ne peuvent être suivies. Le SMR a admis une incapacité de travail totale dès le 19 juin 2017, en s'appuyant sur les indications du Dr D_____. Il affirme que ce n'est qu'à cette date que la dégradation de l'état de santé du recourant a été objectivée. C'est ici le lieu de rappeler que le juge 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 585/04 du 3 octobre 2005 consid. 1). Or, l'aggravation admise par le SMR se manifeste par le fait que le recourant doit tenir sa tête d'une main en raison de la déviation, par une perte de force du membre supérieur gauche et par des signes de souffrance médullaire. L'intimé ne saurait être suivi en tant qu'il affirme que l'aggravation ne peut être prise en considération dès lors qu'elle aurait été rapportée pour la première fois par le Dr D_____ le 19 juin 2017. En premier lieu, ce médecin signalait le 26 mai 2016 déjà que l'efficacité décroissante du Botox® avait pour conséquence la déviation pratiquement constante de la tête vers la gauche, et il précisait en juillet 2016 que le recourant devait tenir sa tête de la main en raison de ces déviations. En outre, le SMR a admis que les signes d'aggravation ressortaient également de l'IRM, qui est antérieure à la décision querellée. Sur ce point, l'argument de l'intimé, selon lequel l'IRM ne suffit pas à objectiver des troubles, tombe à faux. S'il est vrai que certaines découvertes radiologiques sont asymptomatiques et qu'elles ne suffisent pas à fonder un droit aux prestations, tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, de l'admission même du SMR, le rapport d'imagerie confirme une dégradation physique dont le recourant s'était plaint depuis plusieurs mois. Sur ce point, on renverra également au rapport du Dr K_____ du 13 juin 2016, auprès duquel le recourant a fait état d'une aggravation des douleurs et d'irradiations douloureuses du membre supérieur gauche. On peut encore relever sur ce point qu'il est inexact d'affirmer que le Dr K_____ aurait nié une incapacité de travail, puisque ce dernier s'est référé sur ce point à l'appréciation du Dr D_____. De plus, contrairement à ce que l'intimé affirme, le neurologue traitant n'a nullement mentionné que l'aggravation des troubles était récente dans son rapport du 19 juin 2017, mais il a au contraire précisé que cette aggravation remontait à environ une année, ce qu'il a encore confirmé dans son rapport de novembre 2017. Aucun élément ne permet de mettre en doute ce point. Dans ces conditions, même s'il fallait considérer à l'instar de l'intimé que ce n'est qu'en juin 2017 que l'aggravation a été dûment décrite, cela ne justifierait pas d'en faire abstraction. En effet, l'élément déterminant pour le début du droit aux prestations – sous réserve du caractère non tardif de la demande – n'est pas la date à laquelle les atteintes ont été mentionnées, mais bien celle à laquelle elles sont apparues et ont déployé des effets sur la capacité de gain d'un assuré. Prendre en compte les seuls éléments dont l'assurance a eu connaissance avant de rendre sa décision, en excluant ceux qui lui sont antérieurs mais qui n'ont été signalés qu'au cours de la procédure de recours, violerait l'interdiction du formalisme excessif résultant des art. 9 et 29 al. 1 de la Constitution (Cst – RS 101), dès lors que cela compliquerait de manière insoutenable la réalisation du droit matériel (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_761/2015 du 3 mai 2016 consid. 4). Partant, force est d'admettre que l'aggravation fondant l'incapacité de travail totale pour des motifs somatiques admise par le SMR était déjà survenue en juin 2016, date à laquelle l'incapacité de travail totale pour des motifs psychiques a pris fin selon les conclusions du Dr I_____. Ainsi, la décision de l'intimé doit être annulée en tant qu'elle limite le droit du recourant à une rente entière au 30 juin 2016.

9. Eu égard aux éléments qui précèdent, le recours est admis.![endif]>![if> Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPG). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.- 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.