

## GE\_GERICHTE A/3357/2018 vom 15. Oktober 2019

GE Cour de justice, 2019-10-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3357\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3357_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/3357/2018 du 15 octobre 2019

IT: GE\_GERICHTE A/3357/2018 del 15 ottobre 2019

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.10.2019 A/3357/2018

A/3357/2018 ATAS/930/2019 du 15.10.2019 ( AI ), REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3357/2018 ATAS/930/2019 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 15 octobre 2019 9 ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT 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 le \_\_\_\_\_ 1967, remarié et père de quatre enfants nés en 2000, 2002, 2010 et 2012, a exercé différents emplois depuis 1991, notamment dans le domaine de la mécanique de précision sur machines chez B\_\_\_\_\_ SA. Son dernier emploi en qualité de dessinateur/mécanicien a pris fin en 2007. Depuis lors, il émarge à l'aide sociale. 2. Le 27 avril 2004, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0). D'après le médecin, l'assuré ne présentait ni trouble de la personnalité, ni trouble anxieux. Le pronostic était réservé. L'incapacité totale de travail était due au traitement curatif de son hépatite C. Sur le plan psychiatrique, une reprise professionnelle était exigible à 50 % dans les deux/trois semaines qui suivaient, puis à 100 % dans les deux/trois semaines suivantes. L'épisode dépressif était banal en lui-même et une reprise professionnelle pouvait être bénéfique de par l'effet socialisant. 3. Le 2 septembre 2004, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics d'hépatite C traitée avec effets secondaires dus au médicament et d'état dépressif réactionnel. L'évolution était favorable dans le sens que le traitement de l'hépatite se déroulait normalement et les effets secondaires étaient relativement bien supportés. Le syndrome dépressif, dû en grande partie à de très graves problèmes familiaux, évoluait favorablement. Une récupération partielle puis complète de sa capacité de travail devait être possible au mois d'octobre 2004. 4. Le 24 février 2005, l'assuré a déposé une première demande prestations d'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI), alléguant être atteint d'hépatite C depuis quinze ans. 5. Le 14 mars 2005, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne-gastroentérologie, a diagnostiqué, avec répercussions sur sa capacité de travail, une hépatite C chronique avec génotype 6 de février 2004 à janvier 2005. Il a indiqué que son patient avait été en incapacité totale de travail du 27 janvier 2004 au 1 er mars 2005. 6. Dans un rapport médical du 7 avril 2005, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail d'hépatite C active et traitée et état de dépression anxieux réactionnel depuis janvier 2004. Sans répercussions sur la capacité de travail, il a retenu une rhinite allergique saisonnière, une ancienne tuberculose traitée en 1981, ainsi

qu'une « éventuelle allergie aux huiles de machines ». L'incapacité de travail de l'assuré était de 100 % du 27 janvier 2004 au 23 février 2005 et nulle à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005.

7. Par décision du 26 janvier 2006, l'OAI a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 100 %, limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 28 février 2005. Il s'est fondé sur le rapport du service médical régional de l'assurance-maladie (ci-après : le SMR) du 12 janvier 2006, selon lequel il convenait de tenir compte de l'arrêt de travail lors du traitement de l'hépatite C, traitement qui entraînait une grande fatigue et un état dépressif, et cela jusqu'au 28 février 2005.

8. En 2012, le Dr F \_\_\_\_\_ a adressé son patient à la doctoresse G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en allergologie et immunologie clinique. Dans son rapport du 25 juin 2012, la Dresse G \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une rhinoconjonctivite saisonnière à composante allergique (hypersensibilité aux pollens de graminées céréales et aux oléacées), une hyperréactivité nasale et bronchique hautement suspecte et un purpura des membres supérieurs et inférieurs dans le contexte de son hépatite C. Elle a précisé qu'un dosage d'IgE sérique spécifique pour des solvants avait été effectué et était resté négatif. L'assuré avait été mis au bénéfice d'un traitement de corticostéroïde nasal avec une assez bonne évolution.

9. Le 20 juillet 2012, le docteur H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en dermatologie-vénéréologie, a posé les diagnostics suivants : capillarite chronique purpurique versus vasculite leucocytoclasique, notion de tuberculose pulmonaire traitée en 1981, notion d'hépatite C en 1991, rhinoconjonctivite saisonnière à composante allergique et hyperréactivité nasale et bronchique hautement suspecte. Il a indiqué que l'assuré avait annulé le rendez-vous qu'il avait planifié pour la réalisation d'une biopsie, en raison de la quasi disparition des lésions (notion anamnestique).

10. Le 14 août 2014, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité, indiquant qu'il était en traitement depuis 2012 auprès du docteur I \_\_\_\_\_, médecin praticien spécialiste FMH et successeur du Dr F \_\_\_\_\_.

11. Le 26 septembre 2014, le Dr I \_\_\_\_\_ a informé l'OAI de ce que son patient avait subi une péjoration de son état de santé sur le plan physique et psychique, entraînant de multiples arrêts de travail depuis 2013. Son incapacité de travail était entière depuis le 15 mai 2014.

12. Dans un rapport du 12 novembre 2014, le Dr I \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent sans précision F 33, migraines, hépatite C traitée, HTA, goutte, rhino-conjonctivite saisonnière à composante allergique (hypersensibilité aux pollens de graminées, céréales et oléacées), hyperactivité nasale et bronchique et purpura des membres supérieurs et inférieurs dans le contexte de son hépatite C. Il a également signalé, sans effet sur la capacité de travail, une gastrite, une ancienne tuberculose pulmonaire (1981) et une colite infectieuse. Il a indiqué avoir constaté des céphalées de plus en plus violentes et rapprochées, des troubles de la concentration, une asthénie physique et psychique entraînant une diminution de l'activité, une humeur déprimée, une perte d'intérêt et de plaisir, perte de l'énergie, de la confiance et de l'estime de soi, un sentiment de désespoir, une incapacité à faire face aux responsabilités habituelles, un pessimisme par rapport à son avenir et celui de sa famille, de la peur et de l'anxiété, un sentiment de dévalorisation et des troubles du sommeil. Son patient suivait un traitement médicamenteux et une thérapie de soutien. Il était incapable de reprendre une activité professionnelle pour le moment.

13. Par avis médical du 15 juillet 2015, le médecin du SMR a préconisé la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire via la plateforme MED@P avec les volets suivants : médecine interne, psychiatrie et consilium des maladies infectieuses.

14. Dans un rapport médical du 1<sup>er</sup> mars 2017, le Dr I \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de son patient s'était aggravé. Il a posé comme diagnostics avec effet sur

la capacité de travail des crises de migraines à répétition, un trouble dépressif récurrent sans précision F 33.9 et des troubles digestifs. Il a expliqué que ces pathologies l'empêchaient de retrouver un emploi. Sa capacité de travail était nulle. Le patient n'avait pas encore bénéficié de réadaptation professionnelle et le pronostic était sombre. Il bénéficiait d'un traitement médicamenteux et d'une thérapie de soutien et d'écoute. La compliance était optimale. 15. Sur mandat de l'OAI, la Polyclinique médicale universitaire (ci-après : PMU) a procédé à une expertise pluridisciplinaire de l'assuré, effectuée - s'agissant des consultations spécialisées - par les docteurs J\_\_\_\_\_, neurologue, et K\_\_\_\_\_, psychiatrie et psychothérapie FMH, et dont les conclusions ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse en présence des Drs L\_\_\_\_\_, interniste, M\_\_\_\_\_, interniste et rhumatologue, et K\_\_\_\_\_. Le Dr K\_\_\_\_\_ a procédé à un consilium psychiatrique le 28 novembre 2017. Il a posé le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de dysthymie. Il a expliqué que le trouble dépressif récurrent évoqué dans le dossier médical ne pouvait pas être validé à l'heure actuelle. Pour poser ce diagnostic, il convenait de mettre en évidence des épisodes bien délimités dans le temps, associant les symptômes cardinaux de dépression, entrecoupés de phases de rémission symptomatique. Les éléments décrits en 1996 n'étaient pas suffisants pour retenir formellement une dépression. Un trouble de l'adaptation avec passage à l'acte suicidaire était le plus probable dans le contexte des difficultés conjugales ayant abouti au premier divorce. L'expert a relevé des incohérences cliniques, avec un assuré qui décrivait de nombreux facteurs extra-médicaux de stress (premier divorce mal supporté, éloignement de ses deux filles, désinsertion progressive de l'activité professionnelle, absence d'activité professionnelle de l'épouse), de sorte que la part des facteurs sociaux était importante. La situation clinique du recourant relevait de la dysthymie, pathologie insuffisante pour générer une baisse de la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Il a précisé que dans sa vie professionnelle, le recourant avait démontré qu'il était capable de s'insérer dans différents contextes. Il avait travaillé dix ans dans une entreprise sans manifester de difficulté à s'adapter à des règles et routines imposées. La capacité de planifier et structurer les tâches, l'accès aux compétences spécifiques, la capacité de jugement et de prise de décision étaient conservés. Ne souffrant pas d'un grave trouble de la personnalité, la flexibilité et les capacités d'adaptation, le sens du contact avec les tiers, la capacité d'évoluer au sein d'un groupe étaient préservés. Enfin, les relations proches n'étaient pas émaillées de graves conflits. Les facteurs somatiques, évalués par ses confrères, seraient évidemment pris en compte dans la synthèse finale du cas. Le Dr J\_\_\_\_\_ a procédé à un consilium neurologique le 5 décembre 2017. Il a posé le diagnostic avec répercussions sur la capacité de travail de migraine chronique. Il a précisé que depuis quelques années, et ceci très clairement parallèlement à une péjoration du trouble psychique, les céphalées étaient devenues pratiquement quotidiennes, variables en intensité, et entraînant une importante consommation d'antidouleurs et d'antimigraineux. D'après les données fournies par l'assuré, la maladie migraineuse s'était aggravée depuis cinq ans, soit après son divorce et l'apparition de répercussions psychologiques. Lorsque les accès étaient sévères, le tableau était pathognomonique, à savoir avec un caractère pulsatile, une photophobie, une exacerbation au moindre mouvement. Concernant les limitations fonctionnelles en lien avec la migraine chronique, elles étaient très fortement influencées par le contexte psychosocial, qui à l'heure actuelle semblait des plus défavorables chez cet assuré qui présentait peut-être un trouble thymique qui serait apprécié par le co-expert psychiatre, et une désinsertion du circuit économique depuis des années. La capacité de travail résiduelle ne pourrait donc être établie qu'à l'issue d'un entretien consensuel entre les

experts. Sur le plan médical, la situation neurologique devait être prise en charge de manière spécialisée. On pouvait constater que l'assuré n'avait jamais bénéficié d'un traitement de fond de la migraine, traitement qui était à l'heure actuelle formellement indiqué, et qui pourrait améliorer au moins la qualité de vie, si ce n'est la capacité de travail. Les experts ont rendu leur rapport le 23 janvier 2018. Il a été signé par les Drs L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, et K\_\_\_\_\_, soit les trois médecins ayant participé au colloque de synthèse multidisciplinaire. Ils ont posé le diagnostic avec influence essentielle sur la capacité de travail de migraines chroniques non traitées. Ils ont également retenu les diagnostics sans influence sur la capacité de travail de dysthymie, hépatite C traitée, séquelles de tuberculose pleurale à droite et status après entérite infectieuse. Les constatations et conclusions des experts se basaient sur le dossier AI, l'examen de médecine interne du 7 novembre 2017, le consilium psychiatrique du 28 novembre 2017 et le consilium neurologique du 5 décembre 2017. Ils ont retenu que la capacité de travail du recourant était entière dans son activité habituelle. Sur le plan neurologique, le tableau clinique était très marqué par un contexte psychosocial défavorable. Le tableau clinique était pathognomonique avec un caractère pulsatile, une photophobie, une phonophobie et une exacerbation au moindre mouvement qui étaient bien maîtrisés par un traitement antimigraineux en réserve. Ce tableau clinique avait été présent pendant les années où l'expertisé avait été capable d'avoir une capacité de travail complète sans qu'ils n'entraînent de limitation fonctionnelle. Sur le plan médical, les experts préconisaient une évaluation de la situation neurologique par un spécialiste pour débiter un traitement de fond de la migraine qui pourrait améliorer la qualité de vie de l'expertisé et favoriser la reprise d'une activité professionnelle. Du point de vue neurologique, il n'y avait pas d'autres contre-indications à la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, ils n'ont pas retenu de trouble dépressif récurrent (F34.1). La situation clinique de l'assuré relevait de la dysthymie (F34.1) dans un contexte très marqué par de nombreux facteurs extra-médicaux de stress et des facteurs sociaux. La dysthymie n'étant pas une affection médicale suffisamment grave pour générer des limitations fonctionnelles, ils ne retenaient pas de baisse de capacité de travail d'un point de vue strictement psychiatrique. En conclusion, lors de la discussion collégiale interdisciplinaire, les experts ont considéré que malgré le fait que le recourant présentait une migraine chronique non traitée, il était arrivé à travailler dix ans dans une entreprise avec ces mêmes symptômes sans manifester des difficultés à s'adapter. L'endurance de l'expertisé était légèrement abaissée par des troubles du sommeil et ses migraines, de sorte qu'ils lui conseillaient de consulter un spécialiste en neurologie pour démarrer un traitement de fond de ses migraines. Malgré la présence de ces migraines autrement bien gérées avec un traitement à la demande, la capacité de travail du recourant était entière dans toute activité professionnelle, et cela depuis le 28 février 2005, date de la fin de son traitement pour l'hépatite C. 16. Par rapport du 19 février 2018, le SMR s'est aligné sur les conclusions de l'expertise. La capacité de travail exigible de l'assuré était entière tant dans une activité habituelle que dans une activité adaptée. 17. Le 19 mars 2018, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation. 18. L'assuré a contesté le projet de décision le 17 avril 2018, indiquant qu'un nouveau rapport du Dr I\_\_\_\_\_ lui parviendrait prochainement. Par décision du 21 juin 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations formée par l'assuré. 19. Dans un rapport du 17 mai 2018, le docteur N\_\_\_\_\_, neurologue FMH, a retenu une situation de migraines communes, très fréquentes et très intenses et qui s'étaient aggravées de façon lentement progressive. Actuellement l'intensité des douleurs était très importante, parfois jusqu'à 10 sur 10. La fréquence des migraines

était de deux fois par semaine au minimum et les crises duraient trois heures et disparaissaient. Il a précisé que l'assuré utilisait un traitement pendant les crises qui semblait relativement efficace vu que les migraines disparaissaient après l'utilisation de ce dernier et ne duraient que quelques heures. Au vu de la fréquence élevée des crises, un traitement de fond lui semblait indiqué. Dans un rapport du 31 mai 2018, le docteur O\_\_\_\_\_, allergologue et immunologue FMH, a diagnostiqué une rhinoconjonctivite et asthme à composante allergique sur hypersensibilité aux pollens de graminées-céréales. Il retenait l'indication pour une immunothérapie spécifique à commencer dès le mois de septembre 2018. Dans un rapport du 28 juin 2018, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie, a retenu des troubles digestifs très probablement fonctionnels, une altération des tests hépatiques probablement sur une stéatopathie non alcoolique, sans fibrose au fibroskan et une hyperferritinémie avec augmentation de la saturation de la transferrine et une mutation HFE H63D à l'état homozygote. Il préconisait la réalisation d'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) hépatique pour décider d'un éventuel traitement par phlébotomies. 20. Le 29 juin 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) actuellement stabilisé sous traitement. Il a joint à son courrier trois expertises réalisées suite au projet de décision du 19 mars 2018. 21. Le 24 juillet 2018, l'assuré a contesté le projet de décision. 22. Selon une note de travail du 25 juillet 2018, l'OAI a indiqué qu'il annulait la décision du 21 juin 2018 et soumettait le dossier au SMR afin qu'il évalue les éléments apportés par le Dr I\_\_\_\_\_. 23. Dans un avis médical du 12 septembre 2018, le SMR a retenu une aggravation de l'intensité et de la fréquence des crises migraineuses communes depuis mai 2018. Vu que leur fréquence était de deux fois par semaine et qu'elles duraient environ trois heures, on pouvait admettre une diminution de rendement de 20 % dans toute activité depuis mai 2018. Les limitations fonctionnelles consistaient en une nécessité de repos au calme et dans le noir lors des crises migraineuses. Un traitement de fond des migraines était à recommander mais n'était pas exigible. Les autres atteintes allergologiques et digestives n'avaient pas de caractère incapacitant. 24. Par décision du 18 septembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations formée par l'assuré. Se référant à l'avis du SMR du 12 septembre 2018, il a retenu un degré d'invalidité de 20 %, ce qui était insuffisant à l'octroi d'une rente d'invalidité. 25. Le 25 septembre 2018, l'assuré a contesté cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). 26. Le 28 septembre 2018, la chambre de céans a accordé un délai à l'assuré au 26 octobre 2018 pour compléter son recours. 27. Dans son complément de recours du 24 octobre 2018, l'assuré, représenté par un avocat, a conclu, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision du 18 septembre 2018 et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 7 août 2014. Subsidiairement, il a requis le renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. Sur le fond, il a notamment contesté la valeur probante de l'expertise de la PMU du 23 janvier 2018 et fait grief à l'OAI de n'avoir pas procédé à une comparaison des revenus. 28. Par réponse du 23 novembre 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a précisé que la capacité de travail de l'assuré était de 80 % dans toute activité. Le degré d'invalidité se confondant avec le taux d'incapacité de travail retenu, c'était à bon droit que l'office n'avait pas procédé à une comparaison des gains. 29. Le 2 janvier 2019, l'assuré a persisté dans ses conclusions et produit deux pièces supplémentaires, soit un rapport médical du Dr N\_\_\_\_\_ du 13 décembre 2018 et une attestation médicale du Dr I\_\_\_\_\_ du 24 décembre 2018. Dans son rapport médical du 13 décembre 2018, le Dr N\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de

migraines communes très fréquentes et résistantes au traitement et probables céphalées de tension. L'assuré était connu pour des migraines depuis de longue date, qui s'étaient aggravées de façon lentement progressive. Les céphalées étaient décrites par le patient comme de type pulsatile, en hémicrânie généralement à gauche parfois à droite. Elles étaient accompagnées de sono photophobies, d'une fréquence de deux fois par semaine minimum et duraient trois heures et s'amélioraient partiellement. Il persistait un fond de céphalées diffus. Le médecin a précisé qu'au vu des migraines intenses et des céphalées invalidantes dans un contexte anxieux dépressif, il serait difficile pour l'assuré d'exercer une activité professionnelle, en particulier le métier de mécanicien qui nécessitait une concentration et des efforts physiques. Dans son attestation médicale du 24 décembre 2018, le Dr I\_\_\_\_\_ a confirmé que son patient ne présentait aucune amélioration sur le plan psychique et somatique et que son état de santé s'aggravait de plus en plus par des crises de migraines plus intenses et plus fréquentes, ce qui l'enfonçait dans un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et qui se manifestait par de fortes céphalées presque quotidiennes, des diarrhées chroniques, rhinoconjonctivites chroniques, sentiment de vide relationnel et existentiel, tristesse, sommeil perturbé avec des idées noires persistantes, manque de plaisir et d'intérêt, absence de projet, sentiment d'abandon et de rejet, aggravant ainsi son atteinte narcissique, et qui se traduisait par la perte de confiance et de l'estime de soi. 30. Dans un avis médical du 28 janvier 2019, se référant au rapport médical du Dr N\_\_\_\_\_ du 13 décembre 2018, le SMR a précisé qu'étant donné qu'un seul traitement de fond avait été utilisé à ce jour, on ne pouvait parler de migraines résistantes. Le SMR avait par ailleurs tenu compte de la fréquence et de l'intensité des crises en retenant une baisse de rendement de 20 %. Enfin, l'assuré n'avait toujours pas de suivi spécialisé sur le plan psychiatrique, étant précisé que le Dr I\_\_\_\_\_, qui retenait une aggravation du trouble dépressif de son patient, était un médecin généraliste. Les conclusions précédentes du SMR étaient dès lors toujours valables. 31. Dans sa réplique du même jour, l'OAI s'est rallié aux conclusions du SMR et a maintenu sa position. 32. Dans ses observations du 18 février 2019, l'assuré a persisté dans ses conclusions. 33. La chambre de céans a transmis cette écriture à l'OAI. 34. Le 1<sup>er</sup> octobre 2019, la chambre de céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquêtes. L'assuré a indiqué qu'il n'était pas suivi par un psychiatre. Il a confirmé être allergique aux solvants, à la poussière et aux pollens. Il n'avait toutefois pas connaissance d'autres rapports d'allergologues hormis ceux figurant au dossier. Entendu en qualité de témoin, le Dr J\_\_\_\_\_ a indiqué n'avoir pas déterminé de taux d'incapacité de travail dans son rapport du 5 décembre 2017 car son diagnostic devait être confronté à ceux des autres spécialistes. Il a relevé que les migraines n'étaient pas rares, mais qu'elles entraînaient rarement une invalidité au sens de la LAI. Il a confirmé n'avoir pas pris part au colloque de synthèse qui avait suivi sa consultation spécialisée du 5 décembre 2017. Il s'agissait là de la procédure usuelle de la PMU. En cas de plaintes concernant des douleurs subjectives, il y avait toujours un expert interniste, un expert rhumatologue, un expert psychiatre et un expert neurologue. En général, les experts principaux, soit le psychiatre et le rhumatologue, participaient au colloque de synthèse, à l'exclusion du neurologue, qui n'y participait jamais. Dans le cas particulier, il était d'accord avec l'appréciation globale effectuée par ses confrères, si ce n'est qu'il aurait retenu une baisse de rendement. Tenant compte du fait que l'assuré présentait des céphalées constantes avec accès sévères environ trois à cinq fois par semaine, sa baisse de rendement équivalait à 20 %, grand maximum. La dysthymie aurait pu être un facteur entravant la gestion de la migraine. Cela n'avait toutefois pas été le cas chez l'assuré, puisque le psychiatre avait

considéré qu'il disposait des ressources nécessaires pour travailler. La baisse de rendement valait en principe pour toute activité étant précisé que certains milieux (environnement bruyant ou stressant) pouvaient s'avérer compliqués en cas de migraines. La migraine était une maladie qui se soignait et l'assuré n'avait jamais été traité. Il retenait dès lors un pronostic favorable. Le traitement de fond consistait en un traitement journalier afin de diminuer la fréquence des migraines et un suivi régulier avec un neurologue. L'assuré lui avait parlé d'une augmentation des crises migraineuses depuis cinq ans, ce qui correspondait à un changement dans sa vie familiale. Également entendu, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il suivait l'assuré depuis mai 2018. Son patient souffrait de céphalées primaires qui survenaient deux fois par semaine et duraient trois heures. Il avait préconisé un traitement de fond par la prise de bêtabloquants. Son patient avait toutefois rapidement abandonné ce traitement, en raison de ses effets secondaires, soit la perte de cheveux. Aucun autre traitement de fond n'avait été effectué. Il évaluait la capacité de travail de l'assuré à 20 %. Ce taux se basait sur les dires du patient et sur des éléments qui restaient très subjectifs. Son retrait social était un critère très important à prendre en considération pour évaluer la tolérance à la douleur du patient. À son sens, la dysthymie renforçait l'incapacité de travail de l'assuré. Il en allait de même des autres atteintes du patient, dont l'allergie aux huiles de machines et l'hypertension artérielle. D'après le témoin, l'assuré n'avait pas de ressources, raison pour laquelle sa capacité de travail était très réduite. Il a ajouté n'avoir pas pris connaissance de l'expertise de la PMU. 35. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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). 3. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière dès le 7 août 2014. 4. 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). 5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 6. 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). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non

une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine ; cf. aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.1). 7. 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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 oeuvre 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments

d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 9. En l'espèce, dans sa décision du 26 janvier 2006, l'intimé a accordé au recourant une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 27 janvier 2005 au 23 février 2005. Cette décision était fondée sur le traitement de l'hépatite C, lequel entraînait une grande fatigue et un état dépressif. L'intimé avait considéré, sur la base des certificats médicaux des Drs C\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, que l'évolution du traitement était favorable et qu'une reprise de travail était envisageable dès fin février 2005. La nouvelle demande de prestations du recourant du 14 août 2014 tend à l'octroi d'une rente d'invalidité, à l'instar de celle qu'il avait présentée le 24 février 2005, mais celle-ci est fondée en premier plan sur un trouble dépressif récurrent et des migraines devenues de plus en plus violentes et rapprochées. Dans le cadre de cette nouvelle demande, l'intimé est entré en matière. Il n'est pas nécessaire d'examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière, ce point n'étant pas litigieux. Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier que la

modification du degré d'invalidité rendue plausible par le recourant est réellement intervenue. Dès lors qu'il est entré en matière, l'intimé a diligenté une expertise pluridisciplinaire, comprenant les volets psychiatrique, neurologique et de médecine interne. Il convient donc de déterminer en premier lieu la force probatoire du rapport de l'expertise pluridisciplinaire du 23 janvier 2018, celle-ci étant contestée par le recourant. En l'occurrence, ce document est basé sur le dossier de l'intimé, ainsi que sur un examen de médecine interne, un consilium psychiatrique, un consilium neurologique, puis une synthèse multidisciplinaire entre les experts signataires. Chaque spécialiste a présenté une anamnèse détaillée et relaté les plaintes du recourant, avant de présenter les résultats de ses propres observations. Le rapport remplit donc a priori les exigences jurisprudentielles pour se voir reconnaître une valeur probante. Le recourant conteste l'appréciation de l'expert psychiatre qui retient une simple dysthymie non incapacitante. Il estime que l'expert aurait dû retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11), comme l'a fait son médecin traitant. Ce grief doit être écarté, dès lors que l'expert a exposé les raisons pour lesquelles il estimait que ce diagnostic ne devait pas être retenu. Il a notamment expliqué que pour poser ce diagnostic il convenait de mettre en évidence des épisodes bien délimités dans le temps, associant les symptômes cardinaux de dépression, entrecoupés de phases de rémission symptomatique. Les éléments décrits en 1996 n'étaient pas suffisants pour retenir formellement une dépression. Un trouble de l'adaptation avec passage à l'acte suicidaire était le plus probable dans le contexte des difficultés conjugales ayant abouti au premier divorce. D'après l'expert, la situation clinique du recourant relevait de la dysthymie, pathologie insuffisante pour générer une baisse de la capacité de travail sur le plan psychiatrique. Il a précisé que dans sa vie professionnelle, le recourant avait démontré qu'il était capable de s'insérer dans différents contextes. Il avait travaillé dix ans dans une entreprise sans manifester de difficulté à s'adapter à des règles et routines imposées. La capacité de planifier et structurer les tâches, l'accès aux compétences spécifiques, la capacité de jugement et de prise de décision étaient conservés. Ne souffrant pas d'un grave trouble de la personnalité, la flexibilité et les capacités d'adaptation, le sens du contact avec les tiers, la capacité d'évoluer au sein d'un groupe étaient préservés. Les relations proches n'étaient pas non plus émaillées de graves conflits. L'expert a également relevé que, face aux incohérences cliniques et aux nombreux facteurs extra-médicaux de stress (divorce, éloignement des filles, absence d'activité professionnelle), la part des facteurs sociaux était importante. Les explications de l'expert sont convaincantes et ne laissent pas apparaître de contradictions. Contrairement à ce que relève le recourant, l'appréciation de l'expert n'est pas sérieusement remise en cause par celle de son médecin traitant. Outre que les rapports du médecin traitant sont extrêmement succincts sur les constatations et examens concrets ayant fondé son diagnostic de trouble dépressif récurrent, force est de relever que ce diagnostic relève de la psychiatrie alors que le médecin n'est pas spécialisé dans ce domaine. La critique, au demeurant non étayée, du recourant tombe dès lors à faux. Il convient ainsi de suivre les conclusions de l'expert psychiatre selon lesquelles les troubles psychiques affectant le recourant n'ont aucune incidence sur sa capacité de travail. Le recourant se prévaut de l'appréciation de l'expert neurologue selon laquelle les migraines chroniques non traitées avaient une influence essentielle sur la capacité de travail de l'intéressé. Ce dernier avait en effet préconisé un traitement de fond de la migraine, traitement qui était formellement indiqué, et qui pouvait améliorer au moins la qualité de vie, « si ce n'est la capacité de travail ». D'après l'expert, « la capacité de travail résiduelle ne pourrait donc être établie qu'à l'issue d'un entretien consensuel avec les experts ».

Entendu par la chambre de céans, il a expliqué n'avoir pas déterminé de taux d'incapacité de travail car son diagnostic devait être confronté aux autres spécialistes, en particulier à celui de l'expert psychiatre. À cet égard, on peut certes s'étonner que l'expert neurologue n'ait pas participé au colloque de synthèse. Ainsi que le relève le recourant, la discussion consensuelle n'a réuni aucun expert en neurologie, étant précisé que l'expert psychiatre, qui lui a participé à la discussion consensuelle, n'avait diagnostiqué aucune atteinte à la santé. Questionné à ce sujet, le Dr J\_\_\_\_\_ a précisé qu'il s'agissait de la procédure usuelle de la PMU. En cas de douleurs subjectives, la discussion consensuelle avait toujours lieu en présence de l'expert principal interniste, d'un expert rhumatologue et d'un expert psychiatre. En tant qu'expert neurologue, il ne participait jamais aux colloques de synthèse diligentés par la PMU. Or, dans le cas particulier, et dans la mesure où le Dr J\_\_\_\_\_ était le seul expert à avoir retenu, dans son champ d'activité, un diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant, son absence lors du colloque de synthèse suffit à créer des doutes quant à la valeur probante de l'expertise. Dans ces conditions, les conclusions consensuelles de l'expertise ne peuvent pas servir de fondement s'agissant du volet neurologique. Il y a, au contraire, lieu de se fonder sur l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ dont les conclusions quant à la capacité de travail du recourant ont été précisées en audience. Devant la chambre de céans, l'expert a en effet indiqué qu'il s'écartait légèrement des conclusions finales de l'expertise, en cela qu'il retenait une capacité de travail légèrement abaissée. Tenant compte du fait que le recourant présentait des céphalées constantes avec des accès sévères environ trois à cinq fois par semaine, il estimait que la baisse de rendement était de 20 % au maximum. S'agissant de l'interaction avec le volet psychiatrique, l'expert neurologue a relevé en audience que la dysthymie aurait pu entraver la gestion des migraines, mais que cela n'avait pas été le cas du recourant compte tenu de la présence de ressources identifiées par l'expert psychiatre. Sur ce point, il se ralliait ainsi à l'appréciation consensuelle des experts. Les explications de l'expert neurologue sont réalistes et cohérentes. Elles reposent sur le dossier médical complet du recourant et tiennent compte de ses plaintes et du contexte médical dans lequel s'inscrivent les migraines. Contrairement à ce que soutient le recourant, les conclusions de l'expert ne sont pas valablement remises en cause par les avis médicaux de son neurologue traitant. Outre le fait qu'il est admis de jurisprudence constante que 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 (cf. supra consid. 7), on relèvera que le Dr N\_\_\_\_\_ s'est essentiellement fondé sur les plaintes du recourant et n'a pas mis en évidence un élément objectif qui aurait été ignoré par l'expert neurologue. Ses avis médicaux sont en outre peu détaillés, ne renferment aucune anamnèse sociale ou professionnelle du recourant et ne discutent pas les différents éléments ressortant des pièces médicales versées au dossier, en particulier l'expertise pluridisciplinaire du 23 janvier 2018. On peine donc à se convaincre que l'ensemble des éléments pertinents aient été pris en compte pour l'évaluation de la capacité de travail du recourant. Il faut donc admettre que les avis médicaux du Dr N\_\_\_\_\_ des 17 mai et 13 décembre 2018 ne sont pas susceptibles de remettre en question les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_. C'est enfin à bon droit que l'intimé n'a pas retenu de limitations fonctionnelles en lien avec une allergie aux huiles et solvants. Ainsi que le relève l'intéressé, le dossier ne contient aucun élément permettant de retenir ce diagnostic, étant relevé que le recourant a été examiné par deux allergologues en 2012 et en 2018. Les examens ont permis de diagnostiquer uniquement une rhinoconjonctivite saisonnière à composante allergique (hypersensibilité aux pollens de graminées céréales et aux oléacées). Un dosage d'IgE sérique spécifique pour des solvants

avait été effectué et était resté négatif (rapport de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du 25 juin 2012). Pour le reste, le Dr J\_\_\_\_\_ a reconnu que si la baisse de rendement valait en principe pour toute activité, certains milieux (environnements stressants ou bruyants) pouvaient être compliqués en cas de migraines. Eu égard à ce qui précède, il y a lieu de suivre les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_, selon lesquelles le recourant présente une capacité de travail entière dans toute activité, étant toutefois précisé que les environnements stressants ou bruyants sont à éviter, avec une baisse de rendement de 20 % au maximum. 10. Le recourant reproche également à l'intimé de n'avoir procédé à aucune comparaison des revenus pour calculer le degré d'invalidité. a. Il convient de rappeler que la méthode générale de comparaison des revenus s'applique aux personnes qui ont dû interrompre leur activité lucrative pour cause de maladie et auraient continué à exercer cette activité si elles n'étaient pas invalides (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Fribourg 2011, n° 2060). Selon cette méthode, 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. 28a al. 1 LAI). Un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail estimée par le médecin ne peut être admis qu'à titre exceptionnel. Cela peut être le cas lors d'une incapacité de travail totale de l'assuré ou lorsque celui-ci présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative. De même, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2 ; I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2 ; VALTERIO, op. cit., n° 2035). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.1 ; 9C\_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5 et les références). b. Dans la décision entreprise, l'intimé a renoncé à procéder à une comparaison des revenus, considérant que le recourant présentait une capacité de travail de 100 % dans toute activité, avec une baisse de rendement de 20 %, de sorte que son degré d'invalidité se confondait avec son incapacité de travail. Ce raisonnement n'est pas critiquable. Il ressort en effet du dossier que l'intéressé est sans activité lucrative et ne perçoit plus de gain régulier depuis 2007. Dans la mesure où le Dr J\_\_\_\_\_ a retenu une aggravation de l'état de santé du recourant depuis cinq ans, ce qui coïncidait avec une période difficile sur le plan familial, il y a lieu de retenir que la fin des rapports de travail est imputable à des facteurs étrangers à l'invalidité. Dans ces circonstances, il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb), en particulier au salaire moyen auquel pouvaient prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé en 2015, date de la naissance du droit éventuel à la rente (art. 29 al. 1 LAI). Lorsque, comme en l'espèce, les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de

l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité. En l'occurrence, compte tenu d'une baisse de rendement de 20 %, il résulte un degré d'invalidité de 20 %. Dans la mesure où il n'atteint pas le seuil légal de 40 % (art. 28 al. 2 LAI), c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'accorder au recourant une rente d'invalidité. À relever que, même en appliquant la déduction maximale de 25 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles peu contraignantes retenues par l'expert neurologue (absence de travail dans un environnement bruyant et stressant), le résultat ne serait pas différent. Au vu des considérations qui précèdent, la décision querellée doit être confirmée et le recours rejeté.

11. Le recourant, qui succombe, supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI). Il n'y a pas d'indemnité de procédure à allouer, ni au recourant, qui succombe (art. 61 let. g LPG), ni à l'intimé en tant qu'assureur social. \* \* \* \* \*

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant À la forme : 1.

Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Marie NIERMARÉCHAL La présidente Eleanor McGREGOR Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.