

GE_GERICHTE A/3859/2018 vom 4. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3859_2018

FR: GE_GERICHTE A/3859/2018 du 4 juin 2020

IT: GE_GERICHTE A/3859/2018 del 4 giugno 2020

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_, domicilié à MEYRIN recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1970, originaire du Kosovo, arrivé en Suisse en février 2003, nettoyeur de profession, a déposé en octobre 2016 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). 2. Du rassemblement de ses comptes individuels AVS, il ressort qu'il a réalisé les revenus suivants : CHF 15'200.- en 2006, CHF 11'125.- en 2008, CHF 31'048.- (25'633.- + 5'415.-) en 2009, CHF 43'423.- (29'949.- + 13'474.-) en 2010, CHF 50'565.- (36'049.- + 14'516.-) en 2011, CHF 47'104.- (33'479.- + 13'625.-) en 2012, CHF 39'564.- (10'282.- + 5'912.- + 2'434.- + 20'936) en 2013, CHF 26'976.- (26'184.- + 792.-) en 2014 et CHF 4'667.- en 2015. 3. La doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a indiqué le 25 avril 2017 que son patient souffrait de nombreuses pathologies, notamment des rachialgies, des tendinopathies récidivantes aux épaules et au coude droit, des gonalgies sur lésion méniscale et instabilité du genou droit et un état anxio-dépressif. Ces atteintes l'empêchaient d'exercer son métier de nettoyeur depuis septembre 2014. Les limitations fonctionnelles consistaient à éviter les travaux lourds, le port de charges, les mouvements répétés du membre supérieur droit, les positions agenouillées et les flexions répétées de la jambe droite. Différents rapports radiologiques ont par ailleurs été versés au dossier. 4. Le dossier a été soumis au Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) qui, le 17 août 2017, a constaté que l'assuré, en arrêt de travail depuis le 4 septembre 2014 pour une atteinte de l'épaule gauche et du genou droit, était connu sur le plan rhumatologique pour une tendinopathie de l'épaule gauche, une lésion du ménisque interne et du ménisque externe du genou droit et une rupture du ligament croisé antérieur. Le médecin traitant retenait parallèlement des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques de la colonne lombaire, une épicondylite du coude droit, une périarthrite de la hanche gauche, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, un syndrome d'apnées du sommeil, un état anxio-dépressif et des acouphènes pour lesquels aucun examen ou consultation spécialisé n'avait été documenté. Les limitations fonctionnelles retenues consistaient à éviter les travaux lourds, le port de charges, les mouvements répétés des membres supérieurs, les positions agenouillées et la flexion répétée de la jambe droite. La Dresse B_____ ne se prononçait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Une série de symptômes psychiques étaient évoqués, sans qu'aucun suivi psychiatrique n'ait pourtant été mis sur pied. 5. En décembre 2017, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a brièvement indiqué que l'assuré avait souffert d'une déchirure du ligament croisé antérieur droit et d'une lésion du ménisque interne. N'ayant vu l'assuré qu'une seule fois, il était incapable de se déterminer quant aux limitations fonctionnelles

découlant de ces atteintes. Il renvoyait dès lors à la Dresse B_____ pour toute question supplémentaire. 6. Celle-ci, dans un bref courrier du 30 août 2017, confirmait l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et les limitations fonctionnelles d'épargne des membres supérieur et inférieur droits. 7. Le SMR, en date du 31 juillet 2018, a considéré qu'au vu de l'absence de complication et du type d'atteinte, il fallait considérer la capacité de travail comme définitivement nulle dans l'activité de nettoyeur, mais entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du bras droit et de la jambe droite. 8. Dès lors, le 7 août 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. Le degré d'invalidité avait été calculé en comparant le revenu qu'aurait pu réaliser l'assuré sans invalidité, soit CHF 67'022.-, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2014, dans une activité simple et répétitive à plein temps, à celui qu'il aurait pu obtenir la même année, malgré l'atteinte à sa santé, soit CHF 67'022.- à nouveau. Il a été relevé que le revenu estimé à titre de revenu avant invalidité était largement supérieur à tous ceux effectivement réalisés par l'assuré durant son parcours professionnel. 9. Le 11 septembre 2018, l'assuré a contesté ce projet en produisant à l'appui de sa position une attestation médicale rédigée le 29 août 2018 par son médecin traitant indiquant qu'elle le suivait depuis avril 2014 pour des douleurs au coude droit qui s'étaient aggravées, que son patient se plaignait également d'angoisse, de nervosité et maux de tête, qu'en juillet 2014 il s'était plaint de douleurs et de blocages au niveau du genou droit, puis, progressivement, de douleurs à l'épaule gauche, puis de douleurs au niveau de la colonne lombaire, d'angoisse, d'asthénie, d'hallucinations auditives et visuelles et d'une baisse de moral, de troubles de la mémoire et de la concentration, de ronflements, d'une faiblesse au niveau des membres supérieurs, de crises de panique et de douleurs à la hanche gauche. Les diagnostics retenus étaient les suivants : cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne lombaire, tendinopathie des épaules, épicondylite du coude droit, périarthrite de la hanche gauche, syndrome du tunnel carpien bilatéral, syndrome d'apnées du sommeil, gonalgies aiguës droites sur lésion méniscale interne et externe et sur rupture du LCA, gonalgies aiguës gauches, état anxio-dépressif, acouphènes, doigt à ressaut, probable polyarthrite rhumatoïde, eczéma au niveau de l'avant-bras gauche. Les nombreux traitements médicamenteux et physiothérapeutiques n'avaient apporté aucune amélioration notable sur le plan clinique. 10. Le SMR, en octobre 2018, a constaté que les diagnostics n'avaient pas changé et que le médecin traitant n'apportait aucun élément objectif à l'appui de son arrêt de travail à 100%. 11. Par décision du 5 octobre 2018, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation. S'il lui a reconnu une totale incapacité à exercer son activité habituelle de nettoyeur depuis septembre 2014, l'OAI a considéré que l'assuré avait conservé une capacité de travail de 100% dans une profession adaptée à son état de santé. Dès lors, il a procédé à la comparaison entre le revenu que l'assuré aurait réalisé sans atteinte à sa santé, soit CHF 67'022.-, et celui qu'il aurait pu obtenir malgré cette atteinte, soit CHF 67'022.- à nouveau, de sorte qu'il est parvenu à la conclusion que la perte de gain était nulle. Ce faisant, l'OAI a souligné que le revenu retenu à titre de salaire avant invalidité était largement supérieur à tout ce que l'assuré avait pu percevoir durant sa carrière professionnelle. Pour le surplus, il a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain. 12. Par écriture du 1^{er} novembre 2018, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité et à celui de mesures de réadaptation. En substance, il argue qu'il n'est plus capable d'exercer la moindre activité, quel que soit le domaine envisagé. Il reproche à l'intimé de ne pas avoir

mis sur pied d'expertise. Il lui fait également grief de ne pas avoir admis de diminution de rendement et de ne pas avoir appliqué de réduction au revenu après invalidité. 13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 26 novembre 2018, a conclu au rejet du recours. Il soutient qu'aucun élément médical objectif n'a été ignoré et considère que la mise sur pied d'une expertise ne se justifie pas, le dossier contenant suffisamment d'indications médicales fiables. Pour le surplus, il estime qu'il n'existe aucun motif de retenir une baisse de rendement ou d'appliquer une réduction au revenu après invalidité. 14. Par écriture du 15 janvier 2019, l'assuré a persisté dans ses conclusions. Il allègue ne pouvoir travailler comme nettoyeur qu'à hauteur de 50% et ne pouvoir exercer une activité adaptée qu'à raison de 70-80% tout au plus. Il ajoute qu'il rencontre de nombreuses limitations fonctionnelles, qu'il n'est titulaire que d'un permis B et qu'il ne peut travailler qu'à temps partiel et en tire la conclusion que le revenu après invalidité aurait dû être réduit de 20% au moins. Il annonce son intention de consulter un psychiatre en raison de « soucis psychiques ». Il réitère sa demande de mise sur pied d'une expertise rhumatologique et psychiatrique. Enfin, il demande à être mis au bénéfice de mesures de réadaptation. A l'appui de sa position, le recourant produit un rapport rédigé le 3 décembre 2018 par le Dr D_____. Le médecin y relate que l'assuré souffre de douleurs assez diffuses avec des lombosciatalgies droites puis gauches, de douleurs aux épaules, au coude droit, à la main droite, aux jambes, aux genoux, aux voûtes plantaires et à la colonne cervicale, depuis deux ans et de façon de plus en plus sévère. Il se plaint également de douleurs de la face postéro-externe de la cuisse droite durant la nuit. A l'examen clinique, le médecin dit avoir constaté un surpoids, la présence de douze points de fibromyalgie douloureux sur dix-huit, l'absence de boiterie, l'absence de difficulté apparente à l'habillage et au déshabillage, l'absence de tuméfaction au niveau des articulations périphériques et l'absence de limitation de la mobilité des épaules. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne lombosacrée pratiquée le 26 novembre 2018 a révélé une dégénérescence discale L4-L5, une protrusion discale L3-L4 sans conflit radiculaire, une protrusion discale L4-L5 sans répercussion significative sur les racines sous-jacentes, une arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1 et un phénomène de surcharge de type dégénératif au niveau des articulations sacro-iliaques. En conclusion, le médecin qualifie cet examen de relativement normal pour l'âge du patient. Des examens sanguins, en novembre 2018, se sont également révélés normaux, sans syndrome inflammatoire biologique, sans anomalie non plus des tests hépatiques, de la créatinine, des CK, du calcium, de la vitamine D et du phosphate. En d'autres termes, le bilan sanguin n'orientait pas vers une pathologie spécifique. En conclusion, le tableau clinique allait plutôt dans le sens d'une fibromyalgie au vu de la diffusion des douleurs et de la présence de douze points douloureux sur dix-huit chez un patient se plaignant de douleurs chroniques affectant l'hémicorps supérieur et inférieur, ainsi que droit et gauche. Les lombosciatalgies prédominaient à droite, sans syndrome vertébral ni radiculaire. Le médecin a également évoqué une possible tendinopathie du supra-épineux des épaules avec un conflit sous-acromial et, à l'échographie, un léger épaissement de la bourse sous-acromio-deltoïdienne. Une IRM du genou droit pratiquée en 2014 a révélé une chondropathie rotulienne, une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne et de grade II de la corne antérieure du ménisque externe avec une rupture complète du ligament croisé antérieur et des images évocatrices d'une algodystrophie. Enfin, des radiographies du genou droit pratiquées en 2017 ont montré une arthrose débutante du compartiment fémoro-tibial interne du genou droit. On pouvait donc retenir également une gonarthrose droite débutante sans limitation claire de la mobilité. Les diagnostics retenus

étaient donc les suivants : fibromyalgie, gonarthrose droite consécutive à une rupture du ligament croisé antérieure avec des lésions des ménisques et très probable tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux épaules avec conflit sous-acromial. Le médecin, dans un document complémentaire, a énuméré les limitations fonctionnelles suivantes : difficulté à travailler en position agenouillée ou accroupie, à rester plusieurs heures en position debout et/ou à marcher, à travailler bras en hauteur et à porter des charges lourdes. Il a évalué la capacité de travail dans le poste de nettoyeur à 50% environ et, dans une activité adaptée (réceptionniste, surveillant sur écran vidéo, par exemple), à 70- 80%. Le pronostic était mauvais en raison de la fibromyalgie, de la chronicité des plaintes et de l'échec de plusieurs traitements. 15. Par écriture du 14 février 2019, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours. Il se réfère à l'avis émis par le SMR le 14 février 2019, après examen des documents rédigés par le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie. Le SMR relève que, malgré une symptomatologie psychique évoquée par le médecin traitant, aucun suivi psychiatrique spécialisé n'a été mis en place. Au vu du type des atteintes et de l'absence de complication démontrée par l'absence de consultation spécialisée depuis 2014, le SMR considère que la capacité de travail est restée pleine et entière dans toute activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles d'épargne du bras et de la jambe droits (pas de port de charges lourdes, pas d'activité physique intense du coude droit, pas d'activité agenouillée ou accroupie, pas de travail bras droit au-dessus de la tête) et s'exerçant principalement en position assise. Le SMR souligne que le diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr D_____ l'a été selon les critères de 1990 et non ceux de 2010 actuellement recommandés par la littérature médicale. Selon ces nouveaux critères, il existe dix-neuf zones douloureuses et la sévérité des symptômes est également prise en compte. Un score supérieur à treize signe une fibromyalgie. Le SMR en tire la conclusion que le diagnostic de fibromyalgie tel que posé par le Dr D_____ ne peut être retenu puisqu'il n'a pas été posé selon les nouvelles recommandations en vigueur. Quoi qu'il en soit, il fait remarquer que l'évaluation du Dr D_____ est plus sévère que celle du SMR s'agissant de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle. Enfin, il relève que le Dr D_____ n'indique pas pour quelles raisons il retient une capacité de travail diminuée à 70-80% dans une activité adaptée. 16. Par écriture du 27 mars 2019, le recourant a dès lors suggéré qu'il soit demandé au Dr D_____ de confirmer son diagnostic. Il a fait remarquer que ce médecin est spécialiste en la matière. Pour le reste, il indique n'avoir pu obtenir un rendez-vous chez un psychiatre avant avril 2019. 17. Le 28 août 2019, le recourant a annoncé à la Cour avoir annulé son rendez-vous avec le psychiatre en raison de problèmes de maîtrise de français et avoir préféré consulter un psychiatre parlant le serbo-croate. En octobre 2019, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé à la Cour avoir commencé à suivre le recourant le 16 septembre 2019. 18. Le 22 novembre 2019, ce médecin a adressé à la Cour de céans un rapport dont il ressort que les diagnostics suivants étaient retenus : trouble dépressif récurrent épisode léger sans syndrome somatique et trouble panique. De la brève anamnèse, il ressort qu'aux dires du patient, celui-ci a été suivi, entre 2003 et 2006, par la servette pour un stress post-traumatique et un trouble panique. Le médecin indique que les atteintes à la santé se répercutent sur l'assuré de la manière suivante : le caractère fluctuant de son humeur le rend parfois apathique et occasionne un manque d'énergie et une fatigue extrême. Le patient a beaucoup de peine à se projeter dans l'avenir et à occuper un poste de travail à plein temps. Il souffre d'un rhumatisme chronique et de maux de dos. D'un point de vue strictement psychiatrique, le stress post-traumatique n'a pas d'impact sur la capacité de travail, contrairement au

trouble dépressif récurrent épisode léger sans syndrome somatique : le médecin évalue la capacité de travail à 80% en janvier 2020, sous réserve d'une éventuelle péjoration vu la fluctuation de l'état de son patient et ce, en raison d'une apathie, d'une fatigue et d'une diminution du fonctionnement cognitif. Aucun traitement psychotrope n'a été instauré. 19. Ce rapport a été soumis à l'intimé qui, le 18 décembre 2019, a persisté dans ses conclusions après avoir recueilli l'avis du SMR. Celui-ci conteste le diagnostic de trouble dépressif récurrent en l'absence de mise en évidence d'un épisode dépressif antérieur ayant guéri. Pour le reste, il relève que l'épisode dépressif est décrit comme léger, d'une part, que tous les critères pour retenir le diagnostic ne sont pas réalisés (pas de description de diminution de l'intérêt et du plaisir, de diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, pas d'idée de culpabilisation ou de dévalorisation, pas de trouble du sommeil ou de l'appétit, pas d'idées suicidaires, pas d'attitude pessimiste), d'autre part. Qui plus est, aucun traitement psychotrope n'est administré. Quant au trouble panique, il n'est pas décrit comme incapacitant, pas plus que le stress post-traumatique. Le psychiatre a évalué la capacité de travail dans l'activité habituelle à 80% depuis janvier 2020, soit un taux moins favorable à l'assuré que celui retenu par le SMR (0%). Les limitations fonctionnelles décrites par le psychiatre (apathie et fatigue) ne sont pas mises en évidence à l'examen clinique. Les troubles cognitifs semblent légers. La description des activités quotidiennes ne met pas en évidence d'empêchement manifeste. On ne peut dès lors retenir d'atteinte psychiatrique incapacitante chez l'assuré, d'autant moins qu'elle semble au demeurant légère et réactionnelle aux atteintes somatiques. 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). 4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). 5. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail et de gain. 6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique 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). 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 LPGGA et art. 28 al. 2 LAI).

7. a. 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 LPGGA. 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). 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, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. La capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une

grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : -

Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3) A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) -

Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). 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). c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). d. Le diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations

liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1).

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. c. 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). d. 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). 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de

procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 12. En l'espèce, la Cour de céans constate que le diagnostic de fibromyalgie a été posé par un médecin spécialiste. Le SMR ne pouvait dès lors, sans examen et au seul motif que les nouvelles normes diagnostiques n'auraient pas été appliquées, s'en écarter purement et simplement comme il l'a fait. En effet, en admettant même que les nouveaux critères diagnostiques aient été ignorés, cela n'implique pas pour autant que le diagnostic soit erroné. A tout le moins aurait-il fallu interpellé le spécialiste ou faire examiner l'assuré par un autre médecin spécialisé afin d'infirmier ou confirmer le diagnostic en question. En outre, le diagnostic de trouble dépressif léger a également été retenu par un médecin spécialiste. Là encore, le SMR l'a écarté sans autre, sans interpellé le médecin en question. Au vu du dossier, force est de constater que la capacité de travail réellement exigible n'a pas été évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Tout examen de ce type fait défaut, alors même qu'un diagnostic de fibromyalgie et un autre de trouble psychique ont été posés par des spécialistes. C'est le lieu de rappeler qu'un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prendre position à leur sujet, mais qu'il convient de poser des exigences strictes en matière de preuve concernant de tels documents et qu'une expertise doit être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR, ce qui est le cas en l'occurrence, pour les raisons qui viennent d'être mentionnées. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour mise sur pied d'une expertise rhumato-psychiatrique permettant de déterminer si les nouveaux indicateurs posés par la jurisprudence sont ou non remplis et quelle est la capacité réelle de travail de l'assuré dans une activité adaptée. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 400.-. 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.