

GE_GERICHTE A/556/2012 vom 21. August 2012

GE Cour de justice, 2012-08-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_556_2012

FR: GE_GERICHTE A/556/2012 du 21 août 2012

IT: GE_GERICHTE A/556/2012 del 21 agosto 2012

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur O _____, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sarah BRAUNSCHMIDT recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur O _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né au Portugal en 1952. Il est arrivé en Suisse le 17 mars 2002, où il a travaillé en qualité de nettoyeur jusqu'en 2004 puis en tant que monteur en échafaudages. Le 31 janvier 2005, l'assuré a été victime d'un accident professionnel ; il a glissé sur une dalle et chuté, se blessant au bassin. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après: la SUVA). Le 25 novembre 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DE LA REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de lésions au dos et au bassin. Dans un rapport du 30 décembre 2005, le Dr A _____, spécialiste FMH en neurologie, a posé le diagnostic d'état douloureux persistant lombosciatique droit, existant depuis février 2005. Son examen s'était avéré difficile, l'assuré étant contracté et soupirant. Une électroneuromyographie n'avait pas permis de constater de lésion radiculaire. La SUVA a notamment transmis à l'OAI, en date du 26 janvier 2006, les documents suivants : le rapport radiologique relatif au CT-scan lombaire pratiqué le 23 mai 2003, dont il ressort que l'assuré souffrait d'une hernie discale médiane L4-L5, de protrusions discales L3-L4 et L5-S1, sans hernie, de lésions dégénératives vertébrales, modérées, en L3-L4 et L5-S1 et sacro-iliaques droites ainsi que d'une artériosclérose. le rapport de l'IRM de la colonne lombaire pratiquée le 14 février 2005, dans lequel le Dr B _____, spécialiste FMH en radiologie, a mentionné une hernie discale en L4-L5 trans-ligamentaire médiane et paramédiane droite. un courrier que le Dr A _____ a adressé le 12 mai 2005 au Dr C _____, médecin généraliste FMH, dans lequel il relevait l'absence de signes lésionnels radiculaires au membre inférieur droit. le compte-rendu de l'IRM de la colonne cervicale et dorsale, pratiquée le 10 novembre 2005, à teneur duquel les atteintes suivantes avaient été mises en évidence : spondylarthrose et uncarthrose bilatérale C6-C7, avec sténose spondylogène de moyenne importance du canal cervical et des trous de conjugaison ; arthropathie des facettes articulaires C7-D1, avec un certain degré de sténose osseuse modérée du canal cervico-dorsal à ce niveau et discrète protrusion médio-latérale droite du disque C7-D1 ; ostéochondroses et discopathies étagées D5-D6, D6-D7, D7-D8, D8-D9, D9-D10, D10-D11, et D11-D12, plus prononcées au niveau D8-D9, D9-D10 et D10-D11, sans sténose osseuse du canal rachidien ; discrète protrusion médio-latérale droite des disques D8-D9, D9-D10, D11-D12, avec minime compression des limites antérolatérales du sac dural sans compression radiculaire ni médullaire. Aucune altération pathologique intra-durale, intra ou extra-médullaire au niveau cervico-dorsal et aucun signe de

myélopathie cervico-dorsale n'ont été mis en évidence lors des ces examens. Dans un rapport du 20 janvier 2006, le Dr D _____, médecin FMH, a posé les diagnostics de lombosciatalgie droite, d'hernie discale L4-L5 trans-ligamentaire médiane et paramédiane droites, de paresthésie et parésie du membre inférieur droit d'origine indéterminée. Pour ce praticien, ni l'activité habituelle ni une activité adaptée n'étaient exigibles de l'assuré. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assuré devait éviter la position debout, la même position du corps pendant longtemps, l'alternance des positions assise / debout / marche, la position à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, les parcours à pieds, le port de charge, se baisser, des mouvements tant occasionnels que répétitifs des membres ou du dos, un horaire de travail irrégulier, un travail en hauteur ou encore des déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Le 22 novembre 2006, le Dr D _____ a informé l'OAI que l'état de l'assuré était resté stationnaire. Il se plaignait encore de troubles sensitifs de l'hémicorps droit d'origine indéterminée, peut-être ischémique. Il ne pouvait plus retravailler sur un chantier en raison des faiblesses apparues au membre supérieur droit et du côté droit en général. En annexe à son rapport figurait un courrier du Département de neurosciences cliniques et de dermatologie, service de neurologie, des HUG, du 15 mars 2006, dans lequel les diagnostics de symptomatologie d'origine indéterminée et de troubles sensitifs de l'hémicorps droit d'origine indéterminée avaient été posés. L'assuré s'est soumis à un examen rhumatologique le 30 juillet 2007 par la Dresse E _____, spécialiste en médecine physique, du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : le SMR). Selon le rapport y relatif, daté du 5 octobre 2007, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome lombaire non déficitaire dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif avec hernie discale L4-L5 médiane à paramédiane droite non compressive et dysbalances musculaires (M51.2) ont été posés. S'y ajoutaient encore les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'hémisyndrome dysesthésique droit, de céphalées chroniques droites, d'obésité (BMI 30) et de majoration des symptômes. L'examen ostéoarticulaire a été rendu difficile en raison de la faible collaboration de l'assuré, mais un léger trouble de la statique rachidienne avec une relative bonne mobilité au niveau lombaire, asymétrique en faveur de la droite, a été relevée par l'examinatrice. Cette dernière a mentionné, à titre de limitations, la position statique prolongée debout, ainsi qu'en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, le port de charges occasionnel limité à 10kg, le travail à la chaîne ou sur une machine vibrante. La position de travail assise avec la possibilité libre de se lever un petit moment était préconisée. Pour l'examinatrice, l'assuré présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations précitées, avec toutefois une diminution de rendement de 10%. Le 23 octobre 2007, le Dr F _____, généraliste FMH, médecin au sein du SMR, a retenu une capacité de gain de 90%, compte tenu de la diminution de rendement de 10%. Il a suggéré à l'OAI d'examiner si des mesures d'ordre professionnel pouvaient être mises en place. Le 6 novembre 2007, l'OAI a procédé à la comparaison des revenus et a retenu un taux d'invalidité de 21,1%. Le 19 septembre 2008, l'assuré a été reçu par l'OAI, l'entretien devant permettre de déterminer si des mesures d'ordre professionnel étaient envisageables. A cette occasion, l'office a été informé de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, avec l'apparition de douleurs à la hanche gauche. Dans un rapport intermédiaire du 27 septembre 2008, le Dr D _____ a confirmé que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis le mois de juillet 2008 avec l'apparition d'une coxalgie gauche sur une probable tendinopathie, le reste du status étant inchangé. Le rapport précité a été transmis au SMR

qui s'est prononcé le 16 octobre 2008 sous la plume du Dr F_____. Celui-ci a considéré que l'atteinte à la hanche gauche n'empêchait pas l'assuré de travailler en position assise avec possibilité de changer de position. Il a également précisé que la tendinopathie était une infection limitée dans le temps qui pouvait s'améliorer avec un traitement adapté. Le SMR a donc maintenu les limitations fonctionnelles d'ores et déjà posées, en y ajoutant toutefois que l'assuré ne pouvait marcher de manière prolongée ni franchir d'obstacles à répétition ou encore faire des efforts avec la hanche gauche. Afin de déterminer les activités professionnelles adaptées, le recourant a participé à un stage aux Établissements publics pour l'intégration (EPI). Ce stage s'est déroulé en deux temps. Du 5 janvier au 20 février 2009, le recourant a participé à un bilan d'évaluation (intramuros) avant le stage en entreprise. Sur les 35 jours qu'a duré ce bilan, il a été absent 10 jours pour raisons médicales. Dans l'atelier, il a fait preuve de bonne volonté. Il s'est toutefois plaint de violents maux de tête, de douleurs dans tout le côté droit, de fourmillements et d'insensibilité dans le membre inférieur droit, de mal de dos, de douleurs à la nuque et de douleurs dans la hanche gauche. Les responsables ont par ailleurs observé, par moment, un tremblement significatif de tout le corps ainsi qu'un tremblement important des mains ayant entraîné l'arrêt de certains travaux. Les points forts étaient la bonne volonté de l'assuré, son envie de bien faire et l'existence d'une capacité d'apprentissage pour les travaux simples. Les positions dynamiques étaient supportées. A titre de points faibles, les responsables ont indiqué que les positions statiques et penchées étaient à proscrire, les capacités manuelles en termes de coordination, de maîtrise et de précision étaient limitées en raison du tremblement des deux mains, du manque de dextérité et de sensibilité tactile. Des travaux fins et minutieux ne pouvaient être exigés. Par contre, des travaux de type sériel, à temps partiel, sur des pièces de volume moyen, étaient envisageables. Le niveau de connaissances ainsi que les capacités de réflexion et de compréhension étaient faibles. Le rythme de travail était lent. Les rendements se situaient entre 40 et 60% et n'étaient que partiellement exploitables. Du 2 au 13 mars 2009, le recourant devait participer à un stage auprès de l'entreprise X_____ SA en qualité d'ouvrier à l'établi. Il ne s'est présenté qu'un jour, le 9 mars 2009. Il lui a été proposé de travailler en position assise à charger une petite meuleuse de ressorts. Après une heure de travail, l'assuré a interrompu son stage, ne supportant plus le bruit et souffrant d'atroces migraines et de tremblements dans tout le corps, tels qu'il n'était plus en mesure de prendre un ressort et de le mettre dans la meuleuse. Le 9 mars 2009, l'assuré s'est présenté dans les locaux des EPI et les responsables ont pu constater qu'il lui était difficile de s'exprimer et qu'il tremblait de tous ses membres. En guise de conclusion, le conseiller en insertion a indiqué que « la confrontation en atelier et en entreprise a mis en évidence les difficultés que [l'assuré] rencontre actuellement dans la pratique d'une [activité] professionnelle. Force est de constater que la santé de l'assuré s'est dégradée sur le plan physique (migraines atroces, douleurs dans tout le corps et des tremblements généralisés). En fin de mesure, nous constatons une divergence importante entre l'exigibilité fixée par le SMR (90% sur un plein-temps), l'objectif du mandat, l'observation de l'état de l'assuré dans nos locaux et en stage en entreprise ». Le 4 août 2009, la Dresse E_____, ainsi que les Drs G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et H_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, médecins au sein du SMR, ont procédé à un nouvel examen de l'assuré. A titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, les examinateurs ont retenu un syndrome lombaire non déficitaire dans le contexte d'un léger trouble statique et dégénératif avec hernie discale L4-L5 médiane à paramédiane droite, un

hémisyndrome sensitif droit diffus et des dysbalances musculaires, des gonalgies droites dans le contexte d'une chondropathie rétropatellaire et d'une lésion méniscale interne III. S'y ajoutaient les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail : douleurs et fourmillements de l'hémicorps droit sans substrat organique, céphalées chroniques, majoration des plaintes. Aucun diagnostic n'a été posé sur le plan psychiatrique. Les examinateurs ont également précisé que l'assuré tremblait parfois pendant l'examen mais d'une façon très variable et inconsistante. Sur le plan psychiatrique, le Dr G_____ a examiné les critères de sévérité de la jurisprudence en cas de tableau algique (comorbidité psychiatrique, existence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable, perte d'intégration sociale, état psychique cristallisé et échec du traitement). Aucun des critères n'étant réalisé, le tableau algique présenté par l'assuré ne pouvait être qualifié d'incapacitant. S'agissant des limitations fonctionnelles, les examinateurs ont retenu que l'assuré devait éviter les positions statiques prolongées debout, en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux, accroupies ou agenouillées ainsi que des genuflexions à répétition à droite, les montées/descentes d'escaliers, d'échafaudages et de pentes. Le port de charge était limité à 10kg occasionnellement. L'assuré ne pouvait pas non plus travailler à la chaîne ni sur des machines vibrantes. Le travail devait se faire de préférence en position assise avec la possibilité de changer de position deux fois par heure. L'assuré était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle. Dans une activité adaptée, répondant aux limitations précitées, une capacité de travail de 90% était exigible. Le 6 novembre 2009, l'OAI a procédé à une nouvelle comparaison des revenus et a retenu une invalidité de 26%. Les 10 février et 19 mars 2010, il a à nouveau effectué ce calcul et a arrêté le taux d'invalidité à 28%. Le 23 mars 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision, rejetant la demande de prestation en raison d'un taux d'invalidité insuffisant. Par courrier du 29 avril 2010, l'assuré s'est opposé au projet précité, sous la plume de Mme P_____, juriste au sein d'UNIA. Il a notamment considéré que les rapports du SMR ne pouvaient être pris en compte pour déterminer sa capacité résiduelle de travail, leurs conclusions ayant été mises en doute tant par le Dr D_____ que par le rapport d'observation professionnelle. S'agissant du calcul du taux d'invalidité, l'OAI devait appliquer un abattement de 25% en raison de son âge (58 ans), de sa nationalité, de sa formation scolaire et des limitations fonctionnelles retenues. Le 29 juin 2010, l'OAI a confirmé le projet du 23 mars 2010 et nié le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-invalidité. L'assuré a interjeté recours en date du 10 août 2010. Il a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision de l'OAI du 31 janvier 2005 et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. A l'appui de ses conclusions, il a notamment invoqué les mêmes arguments que ceux soulevés dans son opposition du 29 avril 2010. Il a annexé à son recours un courrier du Dr D_____ daté du 15 juillet 2010, récapitulant ses atteintes à la santé à savoir les violents maux de tête, les douleurs généralisées dans tout l'hémicorps droit, la paresthésie et les troubles de la sensibilité des membres supérieur et inférieur droits, les douleurs à la nuque dues aux discopathies étagées, les douleurs à la hanche droite, les tremblements intermittents généralisés et les pertes de mémoire importantes. Par courrier du 8 septembre 2010, l'intimé a pris position sur le recours précité. Il s'est essentiellement prononcé sur l'abattement de 25% tel que préconisé par le recourant et a précisé, après avoir cité la jurisprudence applicable, que l'abattement retenu de 15% prenait déjà en compte l'âge du recourant, son taux d'occupation et le fait que seule une activité légère était possible de sorte que l'ensemble des facteurs énumérés par le Tribunal fédéral

(âge, nationalité, type de permis de séjour, barrières linguistiques ou capacité de travail partielle) ne pouvait être pris en considération. Il concluait ainsi à la confirmation de la décision attaquée. Était joint à cette détermination, un avis du SMR daté du 6 septembre 2010 dont il ressortait notamment que : les examinateurs du SMR avaient observé les tremblements, qui avaient au demeurant été investigués par les spécialistes du service de neurologie des HUG, qui s'étaient montrés perplexes devant ce tableau clinique qui ne s'expliquerait théoriquement que par la présence de plusieurs atteintes dont aucune n'a jamais pu être objectivée, raison pour laquelle le diagnostic de « symptomatologie d'origine indéterminée » a été posé. quant au courrier du Dr I _____ du 15 juillet 2007, il n'apportait aucun élément nouveau, les pertes de mémoires importantes n'ayant pas été objectivées pendant l'examen. Par arrêt du 2 novembre 2010, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), devenu depuis lors la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans), a jugé que les investigations médicales effectuées par le SMR n'étaient pas complètes, de sorte qu'il se justifiait de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il effectue une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique. À l'issue de cette mesure complémentaire, il appartenait à l'intimé de rendre une nouvelle décision sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation et à une rente. L'intimé a mandaté le Centre d'expertises médicales (CEM). Dans leur rapport du 24 août 2011, les Drs J _____, K _____, spécialistes en médecine interne FMH et L _____, psychiatre-psychothérapeute FMH, ont diagnostiqué un épisode dépressif d'intensité moyenne, un syndrome somatoforme douloureux persistant sévère, des troubles dégénératifs pluri-étagés du rachis cervico-dorsolombaire avec hernie discale médiane et paramédiane L4-L5 et une possible déchirure de la corne postérieure du ménisque interne (grade III), associée à une chondropathie rotulienne avec répercussion sur la capacité de travail. Le recourant présentait également un asthme anamnestique traité par corticoïdes topiques et broncho-dilatateurs au long court, un tabagisme chronique et une obésité sans répercussion sur la capacité de travail. D'un point de vue somatique et psychiatrique, les experts ont considéré que l'expertisé présentait une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle impliquant des travaux lourds, en rapport avec les troubles dégénératifs diffus du rachis lombaire, notamment la présence d'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane. La présence de la symptomatologie douloureuse hémicorporelle droite d'intensité sévère, associée aux troubles sensitivomoteurs entrant dans le cadre d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, entraînait également une incapacité de travail totale dans son ancienne activité d'aide-monteur en échafaudages ou dans toute activité professionnelle. Compte tenu des éléments objectifs mis en évidence peu après l'accident survenu en janvier 2005, le début de l'incapacité de travail de l'expertisé dans son activité habituelle et dans toute activité impliquant des travaux lourds remontait à janvier 2005 et était permanente. S'agissant du pronostic, les experts ont considéré que les lésions dégénératives du rachis lombaire conditionnaient de manière définitive la capacité de travail dans toute activité impliquant des travaux lourds, leur prise en charge consistant essentiellement à limiter dans une certaine mesure, l'intensité des douleurs, mais ne permettant pas d'avoir un impact sur le pronostic. Le syndrome douloureux était sévère, chronique et associé à un épisode dépressif d'intensité moyenne peu accessible à une prise en charge thérapeutique, ce qui rendait le pronostic très sombre. Ils ont précisé que la thymie était fortement abaissée, associée à des pleurs récurrents, des sentiments de désespoir, des idées suicidaires scénarisées occasionnelles, des sentiments d'inutilité, une

perte de projection dans l'avenir, un retrait social, de même que des troubles du sommeil. L'expertisé présentait d'autre part une perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne qui avait nécessité que son épouse réduise son temps de travail de moitié, pour pouvoir l'assister dans ses tâches. La symptomatologie dépressive s'exprimait comme une comorbidité psychiatrique et un retrait social très marqué était constaté, hormis des sorties occasionnelles avec un ami pour aller à la pêche. Les experts ont enfin estimé qu'un reclassement professionnel n'était pas "judicieux", ni même envisageable, étant donné la présence de la pathologie psychiatrique sévère et vu l'échec des mesures d'orientation professionnelle proposées par l'intimé le 27 octobre 2010. Dans un avis du 7 novembre 2011, un médecin du SMR - dont l'identité n'était pas mentionnée sur son rapport - a estimé que les conclusions de ses précédents avis ne pouvaient pas être modifiées. La seule différence que présentait l'expertise par rapport aux avis du SMR était constituée par la présence d'un épisode dépressif de gravité moyenne alors que, lors de l'examen du 4 août 2009, aucun diagnostic psychiatrique n'était retenu. Cette différence était le fait de l'évolution naturelle du trouble somatoforme douloureux qui induisait des troubles psychiques avec le temps, et ce de manière fluctuante. Par projet de décision du 23 novembre 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressé, motif pris que l'expertise ne modifiait pas les précédentes conclusions du SMR. Le 23 décembre 2011, l'intéressé a considéré que l'expertise médicale pluridisciplinaire à laquelle il s'était soumis était convaincante et confirmait l'existence d'une incapacité complète de travail dans toute activité professionnelle. Il a par ailleurs relevé que le consilium final avait retenu un trouble somatoforme douloureux sévère associé à un épisode dépressif moyen, ne permettant pas d'engager un processus thérapeutique. Les observations du SMR, et en particulier de la Dresse M _____, qui n'était ni neuropsychologue, ni psychiatre, ne pouvaient en aucun cas se voir accorder une valeur probante supérieure à celle d'un consilium d'experts qui avaient, de surcroît, clairement motivé leur position. Dans cette mesure, le recourant concluait à une rente entière d'invalidité. Par décision du 18 janvier 2012, l'OAI a confirmé sa position et rejeté la demande de prestations de l'intéressé. Le 20 février 2012, l'intéressé a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente entière et à la condamnation de l'OAI à des frais et dépens de procédure. Il a contesté présenter une quelconque capacité de travail et a sollicité un délai pour compléter son écriture. Dans son écriture complémentaire du 26 mars 2012, le recourant a préalablement estimé que le rapport du SMR du 7 novembre 2011, muni d'une signature "codée", devait être écarté de la procédure. Il s'agissait d'un vice formel suffisamment grave pour ne pas tenir compte de cet avis médical. Un tel document ne pouvait pas se voir attribuer valeur probante, faute d'en connaître l'auteur. Il était par ailleurs impossible de s'assurer que l'avis émane bien d'un médecin spécialisé dans la discipline pertinente pour l'atteinte à la santé qui faisait l'objet de la procédure. L'anonymisation du rapport laissait également craindre que d'autres médecins refusent, pour des motifs déontologiques, de transmettre des données couvertes par le secret médical à des personnes anonymes. Sur le fond, il a allégué que le rapport d'expertise pluridisciplinaire auquel il s'était soumis était objectif et établi dans les règles de l'art. L'intimé ne faisait d'ailleurs valoir aucun grief susceptible de remettre la valeur probante de cette expertise en cause. Il a souligné que les experts avaient retenu une incapacité totale de travail dans toute activité depuis janvier 2005, qu'ils l'avaient expliquée et qu'ils avaient également clairement établi les raisons pour lesquelles le trouble dépressif n'avait pas pu être détecté jusqu'alors. Indépendamment même du trouble somatoforme douloureux, qualifié de grave par les experts, son état de santé justifiait l'octroi d'une rente

d'invalidité entière. En cas de doute sur la valeur probante de l'expertise, la Cour de céans était invitée à demander un nouvel examen neuropsychologique et psychiatrique. Dans un avis du 3 avril 2012, le SMR a relevé que les experts avaient mis en évidence des troubles cognitifs difficiles d'interprétation en l'absence d'étiologie reconnue. Lesdits troubles n'apparaissaient pas dans les diagnostics, mais la neuropsychologue parlait néanmoins de dysfonction exécutive sévère à laquelle s'associaient des ressources cognitives médiocres. Ce tableau s'inscrivait dans le cadre d'acquisitions scolaires faibles et dans le cadre de troubles psychiques qui apparaissaient au premier plan. À ceci se rajoutait la mauvaise collaboration du recourant qui était algique et plaintif. Il apparaissait ainsi que deux facteurs étaient prépondérants, à savoir les faibles connaissances scolaires du recourant et sa mauvaise collaboration. Ceci tendait à diminuer l'impact de ses troubles, en l'absence de lésion neurologique cérébrale. Il convenait dès lors de pouvoir faire un complément d'expertise, pour vérifier si les troubles présentés par le recourant étaient toujours présents et faire la part des choses entre ses connaissances scolaires faibles, sa mauvaise collaboration et les symptômes liés à l'épisode dépressif moyen. Une nouvelle expertise neuropsychologique supervisée par un neurologue semblait être la meilleure solution. Le 11 avril 2012, l'intimé a fait part de sa réponse. Il a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Après réexamen du dossier, il convenait de procéder à un complément d'expertise neuropsychologique supervisée par un neurologue, conformément à l'avis du SMR du 3 avril 2012. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A 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 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses 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). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière

d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 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 LPGA et art. 28 al. 2 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 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 malade, 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 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux

persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 , consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 , consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 , consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, 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). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas

faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). En l'espèce, dans un premier grief, le recourant conteste la valeur probante de l'avis du SMR du 7 novembre 2011 et remet en cause sa validité formelle, en raison de son anonymisation. À cet égard, la Cour de céans relèvera que, conformément à un arrêt récent (ATAS/728/2012), il n'y a pas de motif d'écarter un rapport du SMR, lorsque le nom du médecin est communiqué. Dans le cas qui nous occupe, le médecin du SMR à l'origine de l'avis du 7 novembre 2011 n'a pas même indiqué son nom, la référence y apposée étant "codée". Comme le note à juste titre le recourant, cette façon de procéder implique notamment que l'assuré ne puisse pas s'assurer que l'avis émane d'un spécialiste dans la discipline pertinente et qu'il ne puisse pas aisément faire valoir de motif de récusation. En l'occurrence, même si cette façon de procéder est très fortement critiquable, la question de la validité de cet avis peut rester ouverte, pour les motifs qui suivent. Il est vrai que le rapport a été établi en pleine connaissance du dossier, sur la base de plusieurs entretiens avec l'intéressé et d'exams psychologiques et neurologiques complémentaires. Il prend également en considération les plaintes du patient ainsi que l'histoire médicale et socioprofessionnelle de celui-ci et ses conclusions sont bien motivées, complètes et claires. Que ce soit sur le plan neurologique, psychiatrique, neuropsychologique ou rhumatologique, les experts se sont accordés à dire que la capacité de travail du recourant était nulle dans toute activité, en raison de ses importantes limitations fonctionnelles somatiques et psychiatriques. Au demeurant, il sied de noter que l'intimé ne conteste pas la valeur probante de l'expertise. Tout au plus se contente-t-il de conclure que les résultats auxquels sont parvenus les experts ne permettent pas de revenir sur les précédents avis du SMR. Il convient de noter que le rapport d'expertise n'emporte néanmoins pas la conviction de la Cour, en ce sens qu'il ne permet pas de déterminer si les affections du recourant sont l'unique cause de son incapacité de travail. En effet, les experts semblent également prendre en considération ses faibles ressources cognitives, son parcours professionnel ainsi que son éloignement du monde du travail, alors qu'il se serait plutôt agit de déterminer - sous un angle strictement médical - si les troubles psychiatriques et somatiques dont il souffre justifient à eux seuls qu'il ne puisse plus reprendre une activité, même adaptée à ses limitations fonctionnelles. De l'avis de la Cour de céans comme des parties, la cause n'apparaît dès lors pas suffisamment instruite pour pouvoir être tranchée. Il convient ainsi de donner suite à la proposition de l'intimé et de lui renvoyer la cause pour investigations supplémentaires et approfondies, lesquelles seront confiées à des médecins extérieurs, puis nouvelle décision. Le recours est dès lors partiellement admis, dans la mesure où il se justifie de mettre en oeuvre un complément d'expertise neuropsychologique et psychiatrique qui permettra de déterminer précisément l'état de santé du recourant et l'influence de celui-ci sur son état de santé. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens ainsi que de ceux de son mandataire.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la

forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement au sens des considérants. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Annule la décision de l'OAI du 18 janvier 2012. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 1'000 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.