

GE_GERICHTE A/920/2016 vom 30. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_920_2016

FR: GE_GERICHTE A/920/2016 du 30 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/920/2016 del 30 giugno 2016

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Geneviève CARRON recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____, né le _____ 1955 et originaire du Portugal, est père de cinq enfants issus de trois unions différentes. Après son entrée en Suisse en 1993, il a travaillé notamment en tant que chauffeur-livreur et chef d'équipe dans une entreprise de nettoyage.![endif]>![if> 2. Depuis le 1 er mars 2011, il est soutenu par l'Hospice général. ![endif]>![if> 3. Le 2 mars 2011, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.![endif]>![if> 4. Selon le rapport du 15 mars 2011 du docteur B_____, rhumatologue FMH, l'assuré souffre d'une polyarthrite rhumatoïde. ![endif]>![if> 5. Dans son rapport du 15 mars 2011, le docteur C_____, spécialiste FMH des maladies des poumons, a diagnostiqué une syndrome obstructif pulmonaire sévère en septembre 2010 et une polyarthrite rhumatoïde. L'assuré souffrait d'une dyspnée au moindre effort, ce qui limitait la charge physique et l'endurance. L'activité exercée précédemment n'était plus possible et on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle respectivement à une amélioration de la capacité de travail. ![endif]>![if> 6. Dans son rapport du 21 mars 2011, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé les diagnostics de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et de polyarthrite rhumatoïde séropositive. L'incapacité de travail était totale et le seul travail possible était une activité en position assise sans effort physique.![endif]>![if> 7. Dans son rapport du 3 janvier 2012, la Dresse D_____ a attesté que l'état s'était aggravé, dès lors que la polyarthrite s'accompagnait d'un état anxieux et dépressif depuis quelques mois. Il y avait aussi des poussées fréquentes des douleurs articulaires. La capacité de travail était nulle. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique.![endif]>![if> 8. Selon le rapport de la doctoresse E_____, reçu le 1 er février 2012 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI), l'assuré souffrait d'une BPCO depuis 2006 et d'une polyarthrite rhumatoïde. A cela s'ajoutait une dépression qui existait depuis toujours et était sans effet sur la capacité de travail. Ce médecin avait suivi le patient du 23 au 30 janvier 2012. La capacité de travail était nulle et on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.![endif]>![if> 9. Le 25 février 2012, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a confirmé les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séropositive et de BPCO. L'activité exercée précédemment n'était plus exigible. Toutefois, au niveau rhumatologique, la reprise d'une activité professionnelle devrait être possible dans quelques semaines ou mois.![endif]>![if> 10. Dans un avis médical du 3 octobre 2012, le docteur G_____ du service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a

considéré que l'assuré était capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée et ceci depuis le 23 mars 2011.![endif]>![if> 11. Dans le rapport de réadaptation professionnelle de l'OAI du 2 novembre 2012, il est indiqué que l'assuré espérait trouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles. Celles-ci lui interdisaient le contact avec des produits toxiques. Il marchait par ailleurs lentement, éprouvait des difficultés à monter et à descendre les escaliers et souffrait de douleurs dans les mains et les articulations, mais plutôt sous forme de crises. L'assuré s'était montré motivé et preneur d'une mesure active pour lui retrouver du travail, mais n'avait aucune idée de l'activité qu'il pourrait exercer.![endif]>![if> 12. L'assuré a été convoqué par la Fondation Intégration pour tous (IPT) pour le 4 décembre 2012 à un entretien. Selon la note de travail de l'OAI du 20 décembre 2012, l'assuré s'y était présenté, mais n'avait actuellement pas de motivation pour reprendre une activité professionnelle, considérant qu'il ne pouvait pas travailler. Une mesure « améliorer son employabilité » lui avait été alors proposée. ![endif]>![if> 13. Le 21 décembre 2012, l'OAI a communiqué à l'assuré qu'il lui accordait un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié sous forme d'aide au placement auprès de l'IPT.![endif]>![if> 14. Dans le rapport du 21 janvier 2013 de l'IPT, il est mentionné que l'assuré avait obtenu un baccalauréat en 1971 au Portugal, puis suivi une année d'université en architecture, études qu'il a dû interrompre à la demande du père pour s'engager à l'armée où il combatta jusqu'en 1975 en Afrique. L'assuré pensait qu'aujourd'hui, compte tenu de sa situation de santé, il ne pourrait pas trouver du travail, et n'était pas tout à fait motivé à venir chez l'IPT en raison de son problème de santé. Il était également angoissé. Dans son dernier emploi, il avait été responsable d'une équipe de nettoyage jusqu'en 2004. Le dernier employeur avait indiqué à l'IPT que l'assuré avait entretenu une bonne collaboration avec sérieux et qu'ils avaient dû se séparer suite au non renouvellement d'un mandat, mais qu'il le réengagerait volontiers s'il y avait des postes ouverts. L'assistante sociale de l'Hospice général ne voyait pas l'assuré travailler à cause des gros problèmes de santé. Selon cette dernière, il était aussi très angoissé par sa maladie. Au bénéfice du revenu minimum cantonal d'aide sociale, il avait fourni une contre-prestation pendant deux ans aux " L_____ " où il s'était montré collaborant. Il devait parfois annuler ses rendez-vous en raison de sa faiblesse et avait des mains enflées, ce qui l'empêchait même de signer. Selon l'IPT, même si l'assuré avait perdu toute confiance dans ses capacités et n'envisageait pas l'avenir, il s'était montré collaborant et preneur des propositions de l'IPT pour envisager d'améliorer sa situation.![endif]>![if> 15. Le 28 janvier 2013, un entretien de réseau a été organisé entre l'assuré, l'IPT, l'Hospice général et l'OAI. L'assuré participait actuellement chez l'IPT au module « gestion du changement » et se montrait participatif, tout en considérant qu'il ne pourrait exercer une activité professionnelle à 100 %. Il suivra chez l'IPT par la suite le module « raisonnement logique » avec l'objectif de définir un projet réaliste respectant ses limitations fonctionnelles.![endif]>![if> 16. Selon la note de travail de l'OAI du 7 février 2013, l'assuré avait été absent à l'IPT du 29 janvier au 9 février 2013, en raison d'une maladie saisonnière. ![endif]>![if> 17. Par courrier du 11 février 2013, la Dresse D_____ a prié l'OAI de réétudier la situation de son patient. Sa situation médicale n'était pas encore stabilisée. Il présentait une polyarthrite rhumatoïde avec des poussées itératives et invalidantes, ainsi que des douleurs insomniantes entraînant une fatigue considérable. Il était aussi connu pour une BPCO modérée à sévère avec décompensations répétées et une dyspnée au moindre effort. Dans ce cadre, il avait développé un état dépressif pour lequel il était suivi par un psychiatre. ![endif]>![if> 18. Dans son rapport du 13 février 2013, le Dr C_____ a attesté que l'état était stationnaire sur le plan

respiratoire. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 %, pourvu qu'elle fût sans effort physique important, ainsi qu'à l'abri des intempéries et de la pollution. Il ne pouvait se prononcer sur un retour au travail, dès lors que le patient souffrait également d'autres pathologies. ![/endif]>[/if> 19. Dans son rapport du 18 février 2013, la Dresse D_____ a attesté que l'état s'était aggravé. Les douleurs étaient changeantes et la fatigue importante. Le patient était découragé et bénéficiait d'un suivi psychiatrique. La reprise de travail semblait impossible. ![/endif]>[/if> 20. Dans son rapport du 8 mars 2013, le docteur H_____, psychiatre FMH, a émis le diagnostic de trouble anxieux sans précision, présent depuis quelques mois, sans influence sur la capacité de travail. Celle-ci était nulle depuis juin/juillet 2010 à ce jour à cause des autres pathologies, même si, d'un point de vue psychiatrique, un travail adapté était possible à temps complet. ![/endif]>[/if> 21. Le 9 mars 2013, le Dr F_____ a attesté que l'état de santé s'était amélioré. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail était de 50 % dans un travail de nettoyeur, sans tenir compte de la BPCO. ![/endif]>[/if> 22. Du 5 au 17 mai 2013, l'assuré a été en incapacité de travail en raison d'une pneumonie. ![/endif]>[/if> 23. Selon le rapport d'entretien téléphonique entre l'assuré et le service de la réadaptation professionnelle de l'OAI du 13 mai 2013, l'assuré ne désirait pas effectuer une démarche en vue d'une orientation et d'un placement. Il attendait le projet de décision de l'OAI. ![/endif]>[/if> 24. Dans son rapport du 13 mai 2013, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a constaté la fin des mesures professionnelles. Plusieurs types d'emplois en position assise entraient en ligne de compte et plusieurs démarches de recherche de stage d'orientation en entreprise avaient été effectuées pour valider les pistes professionnelles. L'assuré avait toutes les chances dans un poste tel que téléphoniste pour un call center où les langues étrangères n'étaient pas demandées, mais où les qualités d'élocution et le phrasé courtois de l'assuré pouvaient constituer des atouts. Une possibilité de placement en entreprise pour valider l'orientation dans le télémarketing avait également été envisagée. Il aurait également été possible d'élargir les possibilités d'orientation dans une place de travail adaptée. Cependant, un entretien avec le service de placement n'avait pu avoir lieu, en raison d'un arrêt de travail de l'assuré, d'une part, et de son manque de motivation, d'autre part. Le service de réadaptation professionnelle a dès lors effectué une évaluation médico-théorique de la situation et considéré que l'assuré possédait une aptitude de 50 % dans une activité adaptée. Au vu des recherches d'emploi effectuées, ce service estimait que même si les chances de l'assuré de se réinsérer dans le marché libre du travail n'étaient pas grandes, il subsistait néanmoins un potentiel. Sa perte de gain dans une activité adaptée à 50 % était de 57,5 % par rapport à une activité sans invalidité, avec un abattement de 15 % du salaire statistique retenu comme salaire avec invalidité. A titre de salaire sans invalidité, l'OAI a également pris en considération le salaire statistique, estimant que l'assuré était au chômage depuis 2004, de sorte qu'il aurait dû accepter toute activité, afin de réduire le dommage. ![/endif]>[/if> 25. Dans son avis médical du 21 juin 2013, la doctoresse I_____ du SMR a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée, en suivant les avis des spécialistes, à savoir les Drs F_____, C_____ et H_____. ![/endif]>[/if> 26. Le 3 octobre 2013, l'OAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision lui octroyant une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2012. ![/endif]>[/if> 27. Le 11 février 2014, le Dr C_____ a fait parvenir à l'OAI un bilan complet des fonctions pulmonaires de l'assuré. ![/endif]>[/if> 28. Dans son avis médical du 26 mars 2014, la doctoresse J_____ du SMR, a constaté que les épreuves fonctionnelles respiratoires s'avéraient stables depuis 2010, mais a jugé nécessaire de soumettre l'assuré à

une expertise multidisciplinaire.![endif]>![if> 29. Du 8 au 15 octobre 2014, l'assuré a séjourné au service de médecine interne générale des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en raison d'une dyspnée de stade IV et d'une toux. Le diagnostic principal était une décompensation BPCO sur possible pneumonie basale droite à germe indéterminé. L'évolution était rapidement favorable sur le plan clinique et biologique.![endif]>![if> 30. Le 17 avril 2015, le Dr C_____ a attesté une aggravation de l'état de santé en raison d'une surinfection avec légère détérioration respiratoire. Concernant la capacité de travail, il fallait voir avec les autres médecins.![endif]>![if> 31. Le 30 avril 2015, le docteur K_____, psychiatre, a diagnostiqué un trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel d'intensité moyenne, depuis mars 2014, et un trouble anxieux généralisé. A titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, il a mentionné une modification durable de la personnalité depuis 2010/2011, en lien avec l'insuffisance respiratoire et la polyarthrite rhumatoïde, lesquelles affectaient sa vie relationnelle (vie de couple séparée depuis plusieurs années). L'assuré prenait un traitement antidépresseur. Sa capacité de travail était nulle entre mai 2014 et mai 2015. On pouvait s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle progressive, de 20 à 30 %, à partir de juin 2015 avec des mesures professionnelles. A défaut, une reprise était impossible.![endif]>![if> 32. Le 10 mai 2015, le Dr F_____ a attesté que l'état était stationnaire, tout en relevant que le suivi était irrégulier. ![endif]>![if> 33. Du 14 au 16 septembre 2015, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) où il a fait l'objet d'une expertise en médecine interne par la doctoresse M_____, d'une expertise psychiatrique par le docteur N_____ et d'une expertise rhumatologique par le docteur O_____. Dans leur rapport du 24 septembre 2015, les experts ont émis les diagnostics de BPCO et de polyarthrite rhumatoïde séropositive traitée. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné un tabagisme, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, une modification durable de la personnalité, une cervicarthrose étagée, une hernie hiatale avec reflux gastro-œsophagien chronique et œsophage de Barrett, une hernie inguinale gauche et un status après cure de cataracte bilatérale. Concernant la vie actuelle de l'assuré, il est indiqué qu'il habitait seul dans son appartement, prenant en charge de manière autonome son ménage, sa cuisine et ses courses. Chaque jour, il quittait son domicile dans le quartier de la Jonction pour se rendre à Meyrin pour aller chercher ses deux filles de sept et quatre ans chez leur mère, afin de les emmener à l'école, et en fin d'après-midi, pour les reprendre à l'école et les accompagner à nouveau chez leur mère. Ses plaintes actuelles étaient dominées par les difficultés respiratoires. Sur le plan psychique, l'assuré ne formulait aucune plainte spontanée. Néanmoins, les experts ont noté une certaine anxiété associée à sa peur de mourir. Il souffrait également d'arthralgies modérées au niveau du poignet et des articulations des doigts. Il y avait une parfaite cohérence entre les plaintes et l'examen clinique. Sur le plan pneumologique, il présentait une limitation fonctionnelle importante consistant en une dyspnée au moindre effort, une tolérance à l'effort fortement diminuée, avec un test de marche de six minutes, limité à un périmètre de 300 m environ. Le score pronostic de Bode était prédictif d'un taux de survie à quatre ans aux environs de 65 %. Seule une activité strictement sédentaire pouvait être envisagée. Compte tenu de l'importante dyspnée au moindre effort, de la restriction du périmètre de marche, de la fréquence des exacerbations qui participaient en outre à la péjoration du pronostic vital, le rendement était diminué de 50 % au moins depuis début 2010. L'assuré ne devait en outre pas être exposé aux intempéries, aux poussières, aux fumées ou toute autre aérosol pneumo-toxique. Au niveau rhumatologique, il n'était pas exigible que l'assuré exerçât une

activité contraignante en termes de port de charges au-delà de 3 kg ou de manutention. Dans la vente et dans la petite manutention, la capacité de travail pourrait être théoriquement complète. Sur le plan psychiatrique, ni une inhibition psychomotrice significative ni un anéantissement psychique n'apparaissent à l'appréciation clinique. L'assuré n'avait pas de peine à formuler ses pensées, il n'était pas envahi par des idées obsessionnelles de suicide scénarisé, de sorte que la psychopathologie n'était pas incapacitante. En prenant en considération l'ensemble des atteintes, la capacité de travail était de 50 %, étant précisé que l'assuré avait déclaré avoir exercé à mi-temps la tâche de coursier pour une banque cantonale en 2014 et que cette tâche avait été appropriée, selon les dires de l'assuré lui-même.!

34. Par décision du 22 février 2016, l'OAI a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité et une rente complémentaire simple pour ses enfants mineurs, dès septembre 2011.!

35. Par courrier du 23 février 2016, le Dr C_____ s'est étonné auprès du SMR de la décision de l'OAI, selon laquelle la capacité de travail était de 50 % dans une activité adaptée. Il a rappelé que le patient présentait une BPCO sévère avec un pronostic limité dans le temps et une polyarthrite rhumatoïde séropositive, sans compter les autres problèmes médicaux non majeurs qui impactaient également la capacité d'effectuer un travail, même à 50 % et dans une situation adaptée. Il a en outre rappelé que la situation générale pulmonaire de l'assuré était prédictive d'un taux de survie à quatre ans aux environs de 65 %. Enfin, il n'existait pas de postes de travail adaptés, à savoir sédentaire dans un milieu protégé de toute pollution et des aléas de la météo.!

36. Par acte du 21 mars 2016, l'assuré a formé recours contre cette décision par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Il a allégué avoir repris une activité lucrative à raison de deux heures trente par jour comme coursier pendant quelques mois en 2014, avant d'être licencié en raison d'une décompensation de la BPCO. Son incapacité de travail était totale dans l'absolu, dès lors qu'il était âgé de 60 ans, ne pourrait qu'exercer une activité sédentaire dans un milieu protégé climatiquement, en évitant la grande et la petite manutention à cause de ses rhumatismes, et le stress, en raison de ses troubles psychiatriques. Ainsi, aucune activité professionnelle ne pouvait objectivement lui convenir.!

37. A l'appui de son recours, le recourant a joint un rapport du 2 mars 2016 du Dr K_____, dans lequel celui-ci déplorait que les pathologies psychiatriques attestées par le médecin du SMR n'eussent pas été considérées significatives pour octroyer des mesures d'ordre professionnel, voire une aide au placement, comme cela avait été décidé en décembre 2012. Les limitations fonctionnelles psychiques actuelles étaient en lien avec la modification de la personnalité et consistaient en une réduction de la résistance au stress et de l'adaptation au contact interpersonnel. L'assuré était stabilisé depuis mai 2015 et il y avait une rémission durable du trouble dépressif récurrent, mais une vulnérabilité au stress pouvait justifier 20 à 30% d'absentéisme. Il ne pourrait pas non plus reprendre le travail sans avoir bénéficié préalablement d'un stage d'évaluation et d'endurance, puis d'un placement dans un poste adapté, en raison de la longue interruption de travail et du déconditionnement socio-professionnel prolongé. !

38. Dans son avis médical du 4 avril 2016, le docteur P_____ du SMR a constaté que les médecins traitants du recourant admettaient que, sur un plan strictement médico-théorique, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était possible, pour autant qu'une telle activité pût exister.!

39. Dans sa réponse du 9 mai 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, en se fondant en substance sur l'expertise pluridisciplinaire de la CRR. Quant aux activités compatibles avec les limitations fonctionnelles, l'intimé a mentionné une activité dans un call center

(téléphoniste, télémarketing), tout en relevant que le recourant avait montré de très bonnes qualités d'élocution dans la langue française. » 40. Le 2 juin 2016, la chambre de céans a entendu le recourant, lequel a déclaré ce qui suit : « Je conteste qu'on m'ait proposé un stage. En mai 2013, je sortais de l'hôpital où j'avais été hospitalisé pendant quelques jours, étant précisé que j'ai eu en mai quatre pneumonies de suite avec un virus attrapé aux HUG. A l'IPT, on ne m'avait parlé que de la mort et de la douleur, au cours d'un des stages proposés avec une psychologue. J'ai très peur de mourir. Donc quand je suis sorti de l'hôpital en mai 2013, je n'étais pas en mesure de me projeter dans le futur et d'effectuer un stage. Si j'ai pu refuser éventuellement un stage à cette époque, c'est que j'étais encore malade et pas totalement rétabli de la pneumonie. Néanmoins, j'ai toujours demandé à travailler et si l'AI me trouve un travail, je le fais. Du reste, auparavant, j'ai toujours trouvé du travail par mes propres moyens, notamment comme chauffeur-livreur en 2014 pour deux heures et demies par jour. Je devais livrer le courrier interne de la Q_____ à quatre agences. En 2004, le chômage m'avait placé comme gardien au Musée R_____. Il faut aussi s'attendre à ce que je présente des incapacités de travail ponctuelles régulièrement à cause des problèmes de respiration. Lorsque je manque d'air, je dois me rendre à l'hôpital pour avoir de l'oxygène. Il y a aussi un problème de reflux de l'œsophage et des poussées de polyarthrite. Il faut donc prévoir un absentéisme relativement important. Souvent mes jambes s'endorment en position assise, comme lors de cette audience, et mes pieds enflent. Actuellement, je n'arrive pas à bouger le poignet droit et doit porter une attelle à cause de la polyarthrite. J'ai aussi des doutes sur mes compétences pour faire du télémarketing, activité que m'a proposée le service de réadaptation. Je ne suis pas de langue française et il me manque des mots, même si j'arrive à m'exprimer couramment. » 41. A l'issue de l'audience 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) 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).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

3. L'objet du litige est la question de savoir si le recourant présente une invalidité lui donnant le droit à plus qu'une demi-rente.

4. 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).

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. 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).

7. 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).

8. 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).

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. En l'occurrence, le recourant a été

soumis en dernier lieu à une expertise pluridisciplinaire à la CRR. Les experts de cette clinique retiennent les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de BPCO et de polyarthrite rhumatoïde séropositive traitée. Les diagnostics suivants n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, modification durable de la personnalité, cervicarthrose étagée, hernie hiatale avec reflux gastro-œsophagien chronique et œsophage de Barrett, hernie inguinale gauche et status après cure de cataracte bilatérale. Il y a une parfaite cohérence entre les plaintes et l'examen clinique. Sur le plan pneumologique, le recourant présente une limitation fonctionnelle importante, consistant en une dyspnée au moindre effort et une tolérance à l'effort fortement diminuée, avec un test de marche de six minutes, limité à un périmètre de 300 m environ. De ce fait, le rendement est diminué de 50 % au moins. L'assuré ne doit en outre pas être exposé aux intempéries, aux poussières, aux fumées ou tout autre aérosol pneumo-toxique. Du fait de la BPCO, la survie est limitée à quatre ans, avec une probabilité de 65 %. Au niveau rhumatologique, il y a une limitation pour le port de charges au-delà de 3 kg ou pour la manutention. Sur le plan psychiatrique, aucune limitation n'est retenue, dès lors qu'aucune inhibition psychomotrice significative ni un anéantissement psychique ne sont mis en évidence. En prenant en considération l'ensemble des atteintes, la capacité de travail est de 50 % dans une activité adaptée. L'expertise de la CRR remplit a priori les réquisits jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, ayant été rendue en connaissance du dossier médical intégral, prenant en considération les plaintes du recourant et reposant sur des examens approfondis. Ses conclusions sont motivées et claires. L'avis des experts de la CRR rejoint ceux d'une partie des médecins traitants, notamment des spécialistes consultés. Ainsi, le Dr C_____ atteste le 13 février 2013 que l'état est stationnaire sur le plan respiratoire et que la capacité de travail est de 100 % dans une activité adaptée, pourvu qu'elle soit sans effort physique important, ainsi qu'à l'abri des intempéries et de la pollution. Le Dr H_____ atteste, dans son rapport du 8 mars 2013 que, d'un point de vue psychiatrique, un travail adapté est possible à temps complet. Le Dr F_____ certifie le 9 mars 2013 une capacité de travail de 50 % sur le plan rhumatologique, sans tenir compte de la BPCO. Toutefois, la Dresse D_____ considère que la capacité de travail est nulle. Quant au Dr K_____, il estime dans son rapport du 2 mars 2016 que l'incapacité de travail est totale entre mai 2014 et mai 2015, mais qu'une reprise de travail progressive, de 20 à 30 %, serait possible avec des mesures professionnelles. Il est vrai que le Dr C_____ revient, dans son courrier du 23 février 2013, sur son appréciation précédente, mettant en cause que le recourant pourrait travailler à 50 % dans une activité adaptée. Ce pneumologue conteste cependant essentiellement l'existence d'un poste de travail adapté, à savoir sédentaire dans un milieu protégé de toute pollution et des aléas de la météo. Quant au Dr K_____, il ne conteste pas son avis précédent, mais met en avant que le recourant ne pourrait pas reprendre le travail sans avoir bénéficié de mesures d'ordre professionnel, tout en estimant qu'il faut s'attendre à un absentéisme de 20 à 30% en raison de sa vulnérabilité au stress. Il ressort de ce qui précède que les médecins traitants ne mettent pas en avant des éléments médicaux qui n'ont pas été pris en compte par les experts de la CRR. Au contraire, ils confirment implicitement une pleine capacité de travail médico-théorique dans une activité adaptée, le cas échéant après la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel. Cela étant, l'expertise de la CRR emporte la conviction de la chambre de céans, de sorte, qu'il faut retenir, sur le plan médical, une capacité de travail médico-théorique de 50 % dans une activité strictement adaptée aux limitations du recourant. 11. Se pose toutefois la question de savoir si une activité adaptée existe, d'une

part, et si le recourant pourrait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle compte tenu notamment de son âge, ses limitations fonctionnelles et l'absentéisme prévisible, d'autre part.![endif]>![if> a. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). b. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2). Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de soixante ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que pour un soudeur de soixante ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 304/06 du 22 janvier 2007 consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la

possibilité de valoriser la capacité de travail résiduelle d'un assuré de soixante et un ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de soixante-quatre ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de cinquante-sept ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2). Il n'était ainsi pas exigible qu'il mette fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative. 12. a. En l'occurrence, en ce qui concerne un travail adapté aux limitations du recourant, le service de réadaptation considère que le recourant pourrait travailler comme téléphoniste dans un call-center ou dans le télémarketing. Malgré le fait que le recourant est de langue étrangère, ce service estime que sa bonne élocution et son phrasé courtois lui permettrait de trouver un emploi dans ces domaines, même si une telle orientation n'a pas pu être validée par des stages d'entreprise, essentiellement en raison de la maladie du recourant en mai 2013 et son découragement, au demeurant tout à fait compréhensible. S'agissant des offres d'emploi dans ce domaine, le service de réadaptation a versé au dossier une offre d'emploi pour un téléphoniste au call-center à Étoy dans le canton de Vaud, il s'agit d'une activité accessoire de douze heures par semaine au minimum. Sont notamment exigées une expérience confirmée dans la prise de rendez-vous et une parfaite élocution de la langue française. Une autre annonce concerne des téléconseillers avec un lieu de travail à Neuchâtel pour une activité en fin d'après-midi et soirée du lundi au vendredi. Il y a également une annonce pour un vendeur/négociateur par téléphone, dans laquelle toutefois une langue maternelle française est exigée. Il convient de constater en premier lieu que ce genre d'activité semble être accessoire à une activité principale et, dès lors qu'elle s'exerce en fin d'après-midi et en début de soirée, il paraît difficile de faire vingt heures par semaine, soit de travailler à un taux de 50 %. Par ailleurs, au vu des exigences, il paraît douteux que le recourant dispose des compétences requises, n'étant pas de langue maternelle française. Selon le service de réadaptation, les orientations auraient pu être élargies. Certes, des activités telles que des tâches de surveillance derrière un écran et le contrôle paraissent adaptées. Quant aux activités impliquant la manutention d'objets, elles ne pourraient par contre pas convenir, en raison de la polyarthrite qui affecte les mains et évolue par crises. C'est le lieu de rappeler que le recourant portait une attelle à la main droite lors de son audition. Selon le rapport du 11 février 2013 de la Dresse D_____, les poussées itératives sont invalidantes et douloureuses, ainsi qu'entraînent des insomnies et une fatigue considérable. Le choix des activités adaptées paraît donc très restreint, ce qui rend les recherches d'emploi quasiment impossibles, même dans un marché équilibré du travail. Au demeurant, le Dr C_____ doute de l'existence d'un poste de travail adapté aux limitations du recourant. b. A cela s'ajoute qu'au degré de la vraisemblance prépondérante aucun employeur ne consentirait à engager le recourant. Certes, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le recourant n'était pas encore suffisamment proche de l'âge de la retraite au moment où le rapport de la CRR a été rendu, le 24 septembre 2015 (59 ans et 9 mois), pour considérer que plus aucun employeur accepterait ses services. Cependant, au vu de ses

limitations consistant notamment en un périmètre de marche limité à 300m, un essoufflement au moindre effort et des crises de polyarthrite, il ne paraît pas réaliste d'admettre qu'un employeur lui donnerait un travail. A ces limitations s'ajoute aussi une baisse de l'humeur impactant en particulier l'énergie. De surcroît, un employeur devrait accepter que le recourant s'absente régulièrement pour des raisons de maladie, nécessitant une hospitalisation, lors des décompensations de la BPCO, comme cela s'est produit durant les dernières années et résulte du dossier. C'est le lieu de rappeler que le recourant a perdu son travail de coursier en 2014 à cause de la maladie, ayant été licencié après une décompensation de la BPCO. En mai 2013, il n'a pas pu continuer les mesures d'orientation professionnelle mises en place par l'intimé, à cause d'une, voire plusieurs pneumonies. Il est à noter également qu'il avait été absent pour cause de maladie également du 29 janvier au 9 février 2013. c. Sur un plan personnel et humain, il ne paraît enfin pas exigible d'obliger le recourant à reprendre un travail, ne serait-ce qu'à 50%, sa grave maladie ne laissant prévoir qu'une espérance de vie de quatre ans en 2015, donc de trois ans aujourd'hui, dans 65% des cas. A cet égard, il doit être admis, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le risque d'une décompensation serait accru en cas de reprise de travail. Or, selon les experts de la CRR, la fréquence des exacerbations participe à la péjoration du pronostic vital. Dans ces conditions, il n'est humainement pas défendable d'imposer au recourant, angoissé par sa mort imminente, de travailler au lieu de s'aménager une vie le mettant au maximum à l'abri des facteurs pouvant déclencher une décompensation de la BPCO, pour augmenter son espérance vie. Au vu de ces considérations, il sied d'admettre qu'il n'est pas exigible in casu que le recourant reprenne le travail à 50%, et qu'il présente dès lors une incapacité de travail totale. Cela lui ouvre le droit à une rente d'invalidité entière. 13. Par conséquent, le recours sera admis, la décision querellée annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente entière, ainsi que de rentes complémentaires correspondantes pour ses enfants mineurs dès septembre 2011. 14. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui est octroyée à titre de dépens. 15. L'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, sera mis à la charge de l'intimé. *** 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.