RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/563/2022 **ATAS/970/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 novembre 2022

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Andres PEREZ	recourant
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1964, originaire d'Argentine, de nationalité suisse depuis le 20 mars 2006, divorcé, père de deux enfants nés en 2000 et 2005, est entré en Suisse en 1981. Il est titulaire d'un CFC en mécanique et a travaillé dans le domaine de l'informatique.

b. Il a déposé en juillet 1995 une demande de prestations d'invalidité en raison de douleurs à l'épaule gauche et lombaires et a bénéficié d'un reclassement comme technicien en informatique effectué en août 2000. En juillet 2005, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en raison d'une coxarthrose droite et une omarthrose gauche, rejetée par décision du 5 janvier 2007. En août 2011, il a déposé une troisième demande de prestations en invoquant un infarctus du myocarde et des troubles psychiques, rejetée par décision du 15 février 2013.

c. L'assuré a repris un emploi pour B_____ SARL en 2008 et pour C_____ en 2014.

d. Le 7 avril 2011, le docteur D_____, FMH psychiatrie, a rendu un rapport d'expertise pour la NATIONALE SUISSE, concluant à une incapacité de travail de 50% avec une possible récupération d'au-moins 20% à brève échéance.

B. **a.** Le 11 mai 2018, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, en mentionnant notamment un burnout et une dépression, depuis fin 2016.

b. La doctoresse E_____, FMH psychiatrie, a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 25 septembre 2017 et d'une dépression avec un syndrome anxieux majeur (rapports des 29 janvier et 25 juin 2018).

c. Du 4 au 24 juillet 2018, l'assuré a séjourné à la clinique genevoise de Montana pour un diagnostic principal de trouble dépressif récurrent.

d. Le 22 août 2018, le docteur F_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu, à la demande d'AXA WINTERTHUR, une expertise psychiatrique, dans laquelle il a posé les diagnostics d'épisode dépressif léger à moyen, incapacitant à hauteur de 50% dans toute profession, avec une capacité de travail à 100% dès le 1er septembre 2018 ; un entretien avec l'assuré a eu lieu le 31 juillet 2018.

e. Le 26 novembre 2018, le docteur G_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré en raison de fatigabilité et manque d'énergie, ralentissement psychomoteur, découragement, sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, démotivation, procrastination, indécision, réduction de la capacité créative et flexibilité intellectuelle, baisse de la concentration et de la mémoire, repli et perte d'autonomie pour certaines tâches.

f. A la demande de l'office de l'assurance invalidité (ci-après : OAI), le docteur H_____, FMH psychiatrie, a rendu un rapport d'expertise le 5 septembre 2019,

posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent léger, personnalité à traits passifs-agressifs, non incapacitants.

g. Par projet de décision du 1er novembre 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations, en se fondant sur un avis du service médical régional (ci-après : SMR) du 28 octobre 2019, constatant l'absence d'incapacité de travail durable de l'assuré.

h. Le 15 novembre 2019, l'assuré s'est opposé au projet de décision et a transmis un rapport de la doctoresse I_____, FMH rhumatologie, du 4 février 2019, attestant d'une probable connectivité.

i. Le 27 novembre 2019, le docteur J_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a retenu un épisode dépressif récurrent d'intensité moyenne, au jour de la prise en charge, aggravé ensuite, avec idées noires, baisse du moral, augmentation de la colère, et justifiant une prise en charge au service de psychiatrie adulte des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : CAPPI).

j. 7 janvier 2020, le Dr J_____ a attesté d'un suivi depuis le 29 août 2019 et d'un épisode dépressif récurrent, épisode actuel sévère, totalement incapacitant.

k. L'assuré a été pris en charge, à la demande de son psychiatre traitant, par le CAPPI du 26 novembre 2019 au 23 janvier 2020, pour un diagnostic d'épisode dépressif moyen.

l. Le 22 septembre 2020, le Dr J_____ a indiqué qu'il n'avait revu l'assuré qu'une fois fin janvier 2020.

m. Le 16 octobre 2020, l'assuré s'est fait opéré de la hanche droite (pose d'une prothèse).

n. A la demande de l'OAI, la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) a rendu un rapport d'expertise le 17 août 2021 (doctoresse K_____, FMH médecine interne générale, doctoresse L_____, FMH médecine interne générale et rhumatologie, et docteur M_____, FMH psychiatrie et psychothérapie), concluant à des diagnostics psychiatriques de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique F33.00, trouble mixte de la personnalité avec des caractéristiques émotionnellement labiles type impulsives et passives-agressives F61.0, majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques F68.0, de médecine interne d'obésité de grade II avec BMI à 36 kg/m2 (E66.9), dyslipidémie (E78.0), syndrome d'apnées du sommeil probablement obstructives (G47.3), reflux gastro-œsophagien (K21.9), carence martiale (E61.1), hypovitaminose D et B12 (E55, D51), micro-adénome hypophysaire (D35.2), maladie variqueuse modérée (189.9) et hernies inguinales (K40.3) et de rhumatologie de discopathies cervicales étagées avec rétrécissement foraminal prédominant en C6-C7 gauche (M53.3), neuropathie ulnaire gauche (G56.2) et épicondylite latérale droite récurrente (M77.1).

La capacité de travail était de 50%, en tenant compte de la baisse de rendement toutes pathologies somatiques et psychologiques confondues, depuis juillet 2018.

o. Le 2 septembre 2021, le SMR a estimé que l'expertise de la CRR était probante.

p. Par projet de décision du 11 octobre 2021 et décision du 17 janvier 2022, l'OAI a alloué à l'assuré une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50%. Il était reconnu incapable de travailler à 50% dès juillet 2018.

C. **a.** Le 17 février 2022, l'assuré, représenté par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Il a contesté le volet psychiatrique de l'expertise de la CRR et l'évaluation consensuelle de sa capacité de travail, en relevant que, depuis juillet 2018, son état de santé s'était aggravé (syndrome de Sjögren, douleurs, opération de la hanche, trouble psychique) ; enfin, l'ancienne activité d'informaticien n'était pas adaptée. Il a communiqué divers rapports médicaux, soit :

- un rapport du 25 juin 2018 de la Dresse E_____, attestant d'une incapacité totale de travail depuis le 25 septembre 2017 ;
- une lettre de sortie de la clinique de Montana du 17 septembre 2018, suite à un séjour du 4 au 24 juillet 2018 pour un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère ;
- des rapports des 4 juin 2019, 27 janvier 2020 et 14 octobre 2020 de la doctoresse N_____, FMH médecine interne ;
- des rapports des 21 novembre 2019 et 12 juillet 2020 de la Dresse I_____.

b. Le 16 mars 2022, l'OAI a conclu au rejet du recours, en estimant que l'expertise de la CRR était probante.

c. Le 13 avril 2022, le recourant a répliqué.

d. Le 23 mai 2022, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

e. Le 10 juin 2022, le SMR a observé que l'expert rhumatologue avait tenu compte du syndrome de Sjögren ; les experts avaient retenu de la fatigue, des douleurs et une thymie comme responsables d'une incapacité de travail de 50%, de sorte que toutes les plaintes et atteintes de l'assuré avaient été prises en compte. L'expertise de la CRR était probante.

f. Le 13 juin 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions, en se ralliant à l'avis du SMR précité.

g. Le 1er juillet 2022, l'assuré a maintenu ses conclusions et transmis un rapport du 28 mai 2022 de la doctoresse O_____, FMH médecine interne, médecin interne au département de psychiatrie des HUG, selon lequel elle suivait l'assuré depuis novembre 2020 au CAPPI pour un trouble dépressif récurrent, épisode

dépressif moyen, lequel présentait une symptomatologie dépressive évoluant depuis l'âge de 46 ans dans un contexte d'infarctus myocardique, avec perte de l'élan vital et de la motivation, une fatigue physique et psychique, une anhédonie et une tension interne ; les affections somatiques contribuaient à un fort sentiment de vulnérabilité avec un mauvais pronostic de récupération et de réintégration sur le marché du travail.

h. A la demande de la chambre de céans, la Dresse O_____ a précisé le 4 août 2022 que le trouble dépressif récurrent, lié à l'infarctus du myocarde, entrainait une incapacité de travail totale. Le recourant présentait une anhédonie, une humeur dépressive avec anesthésie affective, une culpabilité inappropriée, une fatigue physique et psychique (ralentissement psychomoteur), des troubles de la concentration, de la mémoire du travail, de l'irritabilité et une perte de motivation.

i. Le 16 août 2022, le SMR a observé que la Dresse O_____ rapportait la même description clinique que celle de l'expert de la CRR, de sorte que le rapport de cette dernière n'amenait pas de nouvel élément médical permettant de s'écarter de la présence d'une capacité de travail de 50% de l'assuré depuis 2018.

j. Le 17 août 2022, l'OAI a maintenu ses conclusions, en se référant à l'avis du SMR précité.

k. L'assuré n'a pas fait d'observations.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence).

Selon les dispositions transitoires de la modification de la LAI du 19 juin 2020, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable (let. c).

En l'occurrence, l'assuré était âgé de 57 ans au 1er janvier 2022 et son droit à la rente est né avant cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité supérieure à une demi-rente.

5. 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 1er 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).

6.

6.1 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 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 émanent 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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

6.2 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6.3 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

6.4 Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle

est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

7. Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder 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).

- 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).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

8. 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).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

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).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

9.

9.1 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

9.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

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.

9.3 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.4 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 LPGA) 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).

9.5 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).

9.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10.

10.1 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le

diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

10.2 Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). A titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. A défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

10.3 En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid.

4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

11. 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).

12. En l'occurrence, l'intimé s'est fondé sur les conclusions de l'expertise de la CRR du 17 août 2021 pour retenir une capacité de travail du recourant de 50% dans

toute activité dès juillet 2018 et l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er novembre 2018.

12.1 Fondé sur les pièces du dossier, comprenant une anamnèse complète, la description d'une journée-type du recourant, des antécédents médicaux et du traitement actuel, un examen clinique, des diagnostics clairs, l'examen des indicateurs précités ainsi qu'une évaluation consensuelle motivée et convaincante de la capacité de travail du recourant, le rapport d'expertise tridisciplinaire de la CRR du 17 août 2021 répond aux critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

12.2 Le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise de la CRR, au motif que les médecins traitants concluaient différemment ; son état de santé s'était aggravé dès juillet 2018 ; son activité habituelle n'était pas adaptée.

12.2.1 Du point de vue somatique, le recourant se prévaut des rapports de la Dresse I_____ des 4 février 2019, 21 novembre 2019 et 12 juillet 2020, selon lesquels il présente un syndrome de Sjögren primaire avec une fatigue importante, des douleurs fluctuantes articulaires des épaules, des mains, du coude droit, des genoux, des poignets, des doigts et des rachialgies cervicales et dorsales en lien avec un déconditionnement musculaire, ainsi qu'une cruralgie et une sciatalgie droites, une coxarthrose bilatérale et un syndrome douloureux chronique.

Or, le syndrome de Sjögren a bien été pris en compte par les experts de la CRR qui l'ont jugé incapacitant, en raison de limitations fonctionnelles de fatigue et de douleurs articulaires, lesquelles étaient objectivables. Les rapports de la Dresse I_____ ne contiennent ainsi pas d'élément qui contredirait les conclusions rhumatologiques de l'expertise de la CRR, étant relevé que ce sont les douleurs articulaires et la fatigue qui sont retenues par la Dresse I_____ au titre de limitations fonctionnelles incapacitantes, elles-mêmes considérées comme partiellement incapacitantes par les experts de la CRR. Enfin, le Dresse I_____ admet, même si elle estime un retour à l'emploi difficile, qu'une activité informatique de quelques heures par jour est possible, ce qui va dans le sens d'une capacité de travail de 50% retenue par les experts de la CRR.

Il en est de même des rapports de la Dresse N_____ des 21 novembre 2019, 27 janvier et 14 octobre 2020, laquelle retient comme limitations fonctionnelles totalement incapacitantes des douleurs importantes articulaires, gastriques, abdominales, musculaires et une fatigue intense ; cette médecin estime que la capacité de travail est nulle, mais elle englobe dans son appréciation des limitations autres que rhumatologiques, soit un état dépressif et une situation sociale difficile, de sorte que son appréciation n'emporte pas la conviction par rapport à celle du SMR.

Les Dresses I_____ et N_____ ne font ainsi pas état d'élément médical nouveau ou qui n'aurait pas été pris en compte par les experts de la CRR. Ces

rapports ne permettent pas non plus de mettre en doute une capacité de travail de 50% exigible du recourant.

12.2.2 Du point de vue psychiatrique, le recourant se prévaut des avis de ses psychiatres traitants.

A cet égard, la Dresse E_____ a émis des certificats d'arrêt de travail total dès octobre 2017 et dans son rapport du 25 juin 2018 mentionne une incapacité de travail totale depuis le 25 septembre 2017 pour un diagnostic psychiatrique de dépression de degré moyen avec syndrome anxieux, dans le cadre d'un burnout ; les limitations fonctionnelles ne sont pas indiquées, seules les plaintes du recourant sont mentionnées (angoisse, reflux œsophagien, manque de motivation, idées noires, tristesse et difficultés relationnelles au travail). Cet avis, succinct, ne permet pas de mettre en doute celui du Dr M_____.

Il en est de même du rapport du Dr G_____ du 26 novembre 2018, lequel confirme une incapacité de travail totale depuis septembre 2017 et mentionne une capacité de travail à évaluer dès janvier 2019, de préférence les après-midi ; les limitations fonctionnelles relevées sont : fatigabilité et manque d'énergie, ralentissement psychomoteur, découragement, sentiment d'incapacité avec évitement de la tâche, démotivation, procrastination, indécision, réduction de la capacité créative et flexibilité intellectuelle, baisse de la concentration et de la mémoire, repli social et perte d'autonomie pour certaines tâches. Or, l'expert M_____ a fait état de limitations fonctionnelles de trouble de la concentration léger, fatigue avec baisse légère de l'endurance, diminution de la flexibilité et des capacités d'adaptation, capacités d'affirmation légèrement abaissées, perturbation légère du sens du contact avec les tiers (perturbé par l'impulsivité) ; il a qualifié les limitations psychiques de modestes. Ces limitations rejoignent en grande partie celles listées par le Dr G_____, lequel n'explique pas de façon convaincante en quoi elles sont totalement incapacitantes. Son appréciation ne saurait, dans ces conditions, être préférée.

Quant au Dr J_____, il a diagnostiqué des août 2019 un épisode dépressif récurrent d'intensité moyenne, lequel s'était aggravé pour être de gravité sévère en novembre 2019, justifiant un suivi au CAPPI (rapports des 27 novembre 2019 et 22 septembre 2020). Cependant, le CAPPI (docteur P_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, doctoresse Q_____, FMH psychiatrie, et docteur R_____, FMH psychiatrie) a posé le 26 novembre 2019 un diagnostic d'épisode dépressif moyen et non pas sévère. En janvier 2020, le CAPPI a relevé une thymie modérément améliorée, un taux d'anxiété diminué, une augmentation de l'élan vital, un sommeil et un appétit sans particularité et aucune idée noire ou suicidaire.

Le diagnostic posé et le status décrit lors de la prise en charge par le CAPPI ne permettent ainsi pas de confirmer l'état dépressif de degré sévère évoqué par le

Dr J_____, ni de justifier une incapacité de travail totale du recourant, le CAPPI ne s'étant par ailleurs pas prononcé sur la capacité de travail de celui-ci.

Au vu de ce qui précède, tant le rapport du Dr J_____ que celui du CAPPI ne permettent pas de mettre en cause l'évaluation du Dr M_____.

Enfin, les 28 mai et 4 août 2022, la Dresse O_____ a rendu un rapport, attestant d'une symptomatologie dépressive (trouble dépressif récurrent, épisode dépressif moyen) résistante au traitement médicamenteux, sans rémission même partielle, avec perte de l'élan vital et de la motivation, une culpabilité inappropriée, une fatigue physique et psychique, une anhédonie, une anesthésie affective, une tension interne, un trouble de la concentration et de l'irritabilité. Les pathologies somatiques et psychiques empêchaient le recourant d'assurer toute responsabilité au travail.

Cette appréciation, qui aboutit au constat d'une incapacité de travail totale du recourant, ne permet pas de douter de celle du Dr M_____, lequel tient compte des indicateurs jurisprudentiels précités, en particulier analyse des ressources du recourant, et conclut de façon convaincante à la prédominance de ressources physiques au regard des limitations psychiques modestes, tout en ayant pris en compte la plupart des limitations fonctionnelles relevées par la Dresse O_____, puisqu'il mentionne de la fatigue, des troubles cognitifs, une endurance et des capacités d'affirmation abaissées, ainsi que de l'impulsivité.

12.3 En conséquence, les conclusions de l'expertise de la CRR peuvent être confirmées.

13. Enfin, le recourant estime que son ancienne activité n'est pas adaptée, en se référant à l'avis de la Dresse I_____ du 12 juillet 2020. Or, dans ce rapport, la Dresse I_____ relève, au contraire, qu'une activité d'informaticien exercée quelques heures par jour est possible, ce qui correspond bien à un travail à temps partiel tel que retenu par la CRR, même si la Dresse I_____ considère que sa mise en application est difficile. Au vu des limitations fonctionnelles retenues, il n'y a pas lieu de considérer que l'ancienne activité n'est pas adaptée.

Les autres aspects de la décision litigieuse, en particulier le calcul du degré d'invalidité, n'étant pas contestés, celle-ci sera confirmée.

14. Partant, le recours est rejeté.

Le recourant étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, aucun émolument ne sera mis à sa charge.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette
3. 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	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le