

# **GE\_GERICHTE ATAS/1217/2011 vom 7. Dezember 2011**

GE Cour de justice, 2011-12-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1217\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1217_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1217/2011 du 7 décembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1217/2011 del 7 dicembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Par ailleurs, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 116 V 248 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui

A/3859/2008 - 15/24 - ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4). En ce qui concerne les règles de procédure, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 3 octobre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la LAI (4ème et 5ème révisions). Les faits pertinents remontent quant à eux à janvier 2006. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

### **E. 3**

Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable au sens des art. 56, 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10).

#### **E. 4**

L'objet du litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'octroyer au recourant des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement une rente.

#### **E. 5**

a) 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption

A/3859/2008 - 16/24 - notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Avec l'entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire. b) Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter du Règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201)). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. c) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur

la base d'une comparaison des revenus. 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): La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 384 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être A/3859/2008 - 17/24 - déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

## **E. 6**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

## **E. 7**

a) 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). L'instruction des faits d'ordre médical se fonde ainsi sur le rapport du médecin

traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ;

A/3859/2008 - 18/24 - BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux expertises médicales, l'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V

A/3859/2008 - 19/24 - 160 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des

contradictions ou est incomplète). En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références). c) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a)

## **E. 8**

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Selon la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 369 consid. 2; ATF 109 V 262 consid. 4a). C'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ

A/3859/2008 - 20/24 - temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). On ajoutera également que le motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4 et du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2).

## **E. 9**

En l'espèce, il est établi et non contesté que le recourant souffre du syndrome de Klinefelter, ainsi que de nombreuses pathologies associées ou non. Selon les Dresses N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail du recourant en tant que pharmacien est de 100% depuis début 2007, respectivement octobre 2007, d'un point de vue global. Aux termes du rapport d'expertise pluridisciplinaire du BREM du 18 juillet 2008, le recourant peut exercer son activité habituelle de pharmacien à raison de 8 heures par jour avec une diminution de rendement de 20% depuis septembre 2006. En effet, le rhumatologue a retenu des limitations fonctionnelles en raison du problème à la cheville gauche du recourant justifiant une diminution de rendement de 20%, mais a considéré que le syndrome de Klinefelter n'entraînait aucune incapacité de travail. Les autres spécialistes ont relevé

divers problèmes, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. En particulier, le pneumologue a confirmé que le recourant souffrait d'un asthme allergique perannuel depuis sa petite enfance, ne parvenant toutefois pas à évaluer son degré de sévérité. Le neurologue a constaté l'existence d'une polyneuropathie sensitivo-motrice très discrète et estimé qu'il n'existait aucun handicap significatif lié à une quelconque affection neurologique, la polyneuropathie rencontrée et objectivée n'étant pas suffisante pour expliquer le tableau actuel. Le psychiatre a nié toute maladie psychiatrique, ne relevant aucun indice pour la présence d'une symptomatologie psychotique, ni d'indice en faveur d'une perception altérée de la réalité, même de manière furtive. La présence d'un épisode dépressif n'avait pas pu être mise en évidence dans le passé et une telle atteinte n'existait pas au moment de l'expertise. Lors des enquêtes conduites par le TCAS, le Prof. T\_\_\_\_\_, qui avait examiné le recourant à trois reprises entre décembre 2008 et avril 2009, a retenu une capacité de travail de 50% dans l'environnement familial, vu l'ensemble des pathologies. Une expertise psychiatrique par un spécialiste de la maladie de Klinefelter était selon lui nécessaire. Le Dr V\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant depuis novembre 2007, a également estimé que la capacité de travail du recourant n'était pas supérieure à 50% d'un point de vue global. Au terme des enquêtes, les médecins du BREM ont maintenu l'intégralité de leurs conclusions. Au vu des conclusions contradictoires et sur mandat du TCAS, le Dr A\_\_\_\_\_ a réalisé une expertise psychiatrique et déposé son rapport le 15 novembre 2010. Il a

A/3859/2008 - 21/24 - posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen et autres troubles du développement psychosexuel et confirmé le choc psychologique subi par le recourant suite au diagnostic du syndrome de Klinefelter communiqué seulement en 2006 (recte: 2003) lors d'une hospitalisation aux HUG. Depuis trois mois, soit depuis le mois d'août 2010, le recourant était suivi par un psychiatre qui lui prescrivait un antidépresseur, ainsi que du Xanax et du Lyrica. Son état physique se détériorait, de même que son état psychique. Son état dépressif entraînait des limitations et selon les informations anamnestiques, la symptomatologie dépressive était vraisemblablement apparue à ce degré d'intensité dans le courant de l'année 2009 et n'était pas présente au début de l'année 2008. Selon l'expert, l'état psychique du recourant réduisait sa capacité de travail dans son activité habituelle, de même que dans toute autre activité, d'environ 40%. Le Dr A\_\_\_\_\_ a enfin réservé le pronostic global. Sur le plan psychiatrique, une aggravation était à craindre, avec installation d'une symptomatologie anxieuse et dépressive plus sévère et plus invalidante. Interrogé sur le début de la détérioration de l'état de santé psychique du recourant, l'expert a indiqué qu'en dépit d'une anamnèse aussi précise que possible, il lui était difficile de fixer ce moment de manière fiable. Il avait toutefois eu un entretien téléphonique avec le Dr V\_\_\_\_\_, médecin-traitant du recourant, qui considérait que l'aggravation de l'état psychopathologique de son patient s'était produite en début d'année 2009. En complément à l'expertise psychiatrique, le Dr B\_\_\_\_\_ a conclu que sur le plan orthopédique, le recourant souffrait d'un conflit f/p avec chondromalacie grade II et hyperpression latérale des deux rotules, nécessitant une intervention chirurgicale de type transposition tubérositaire des deux tubérosités tibiales avec une transposition antérieure afin de décharger les deux rotules. Interrogé par la Cour de céans pour préciser son rapport, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que le recourant souffrait de ses deux genoux depuis au moins 2010, voire avant, lui-même ayant eu le recourant en consultation une première fois le 23 avril 2010. Cette atteinte de syndrome f/p Floride avait clairement une incidence sur la capacité de travail du recourant et n'avait pas subi d'altération brusque, mais par contre se péjorait

progressivement. Les douleurs du recourant, tolérables un ou deux ans auparavant, devenaient en effet intolérables et handicapantes actuellement.

#### **E. 10**

La Cour de céans relève que l'aggravation de l'état psychique du recourant attestée par le Dr A \_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 15 novembre 2010 est intervenue au plus tôt à la fin de l'année 2008, de sorte qu'elle est postérieure à la décision litigieuse du 3 octobre 2008. Il en va vraisemblablement de même de l'évolution des problèmes orthopédiques du recourant pour lesquels une intervention chirurgicale est préconisée. Si le Dr B \_\_\_\_\_ n'a pas pu fixer précisément la date de l'aggravation de l'état somatique, il a en effet indiqué que le recourant souffrait de ses deux genoux depuis au moins 2010, voire avant, lui-même l'ayant eu en consultation une première fois le 23 avril 2010. Lors de l'expertise du BREM en juillet 2008, le rhumatologue avait d'ailleurs uniquement

A/3859/2008 - 22/24 - retenu des problèmes à la cheville gauche, à l'exclusion d'un problème aux genoux. Au dossier, les premiers rapports IRM des genoux relevant un problème datent au surplus du 27 octobre 2008, soit plusieurs semaines après la décision litigieuse. Dans la mesure où l'aggravation de l'état de santé du recourant a eu lieu en tout état de cause après la décision litigieuse, c'est à juste titre que l'intimé, dans sa décision du 3 octobre 2008, s'est fondé sur l'expertise des médecins du BREM du 18 juillet 2008. A cet égard, la Cour relève que les médecins du BREM ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé du recourant. Pour ce faire, les experts se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné le patient auparavant, sur le dossier radiologique et sur les tests de laboratoire, de sorte qu'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport d'une soixantaine de pages est circonstancié. L'état de santé du recourant a fait l'objet d'examen approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et les experts du BREM sont parvenus à des conclusions claires. Ils ont procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée et expliqué de façon convaincante pour quelles raisons ils étaient parvenus à la conclusion que le recourant pouvait exercer son activité habituelle de pharmacien à raison de 8 heures par jour, avec une diminution de rendement de 20% en raison de ses limitations du point de vue rhumatologique. Les appréciations des Drs N \_\_\_\_\_, O \_\_\_\_\_, V \_\_\_\_\_ et du Prof. T \_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts. A ce propos, il convient de rappeler que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ces différentes analyses sont au demeurant particulièrement succinctes.

#### **E. 11**

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère comme probant le rapport d'expertise des médecins du BREM et retient qu'en date du 3 octobre 2008, le recourant présentait une capacité de travail entière avec une diminution de rendement de 20%. A l'époque de la décision litigieuse, il ne présentait dès lors aucune atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail durable d'au moins 40% ouvrant droit à une rente. Le recours, mal fondé, devra donc être rejeté et la décision litigieuse confirmée. Néanmoins, ainsi que l'ont attesté de manière convaincante les Drs A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_, l'état psychique et somatique du recourant s'est aggravé depuis la décision litigieuse du 3 octobre 2008. Il appartiendra à l'intimé de statuer sur la révision du droit du recourant à une rente de

l'assurance-invalidité.

A/3859/2008 - 23/24 -

**E. 12**

Le recours, mal fondé, sera dès lors rejeté et la décision de l'OAI du 3 octobre 2008 confirmée. L'intimé est invité à statuer sur révision.

**E. 13**

En vertu de l'art. 61 let. g LPGA, seul le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens. Compte tenu de l'issue du litige, le recourant ne saurait dès lors se voir octroyer d'indemnité pour frais et dépens et doit être débouté de sa conclusion y relative.

**E. 14**

L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3859/2008 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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