

## **GE\_GERICHTE ATAS/138/2020 vom 25. Februar 2020**

GE Cour de justice, 2020-02-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_138\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_138_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/138/2020 du 25 février 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/138/2020 del 25 febbraio 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 44**

Par réplique du 11 décembre 2019, l'assuré a persisté dans les conclusions de son recours. Au titre de « faits complétés », ses activités de ces derniers mois avaient consisté en des démarches administratives pour l'obtention des accréditations d'agent d'affaire, la création d'un site web, et même pour sa candidature au Grand Conseil. Cela étant, il n'avait animé aucun stand pour la campagne électorale et toutes ces démarches avaient été effectuées par courriels et tard le soir, lorsqu'il ne parvenait pas à dormir à cause des douleurs ou des angoisses. Il ne conduisait sa voiture que très occasionnellement, lorsque son état le lui permettait, compte tenu des médicaments qu'il prenait. S'agissant des griefs, les expertises des Drs B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, de la Clinique Corela, étaient contestées, de même que les avis du Dr G\_\_\_\_\_ et du SMR qui étaient influencés par celles-ci. Le test sanguin réalisé pour les experts du CEMEDEX était positif aux médicaments, ce qui prouvait qu'il était sous l'effet des antidouleurs en forte dose. La baisse importante de revenus depuis 2009 et sa dépendance des prestations de l'aide sociale n'étaient nullement dans son intérêt.

#### **E. 45**

Dans sa duplique du 7 janvier 2020, l'OAI a maintenu sa position.

A/4110/2019 - 17/30 -

#### **E. 46**

Le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai au 4 février 2020 qui lui avait été octroyé par lettre du 14 janvier 2020 de la chambre des assurances sociales pour formuler d'éventuelles 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 5. Vu les conclusions du recours, le litige porte sur la légalité de la décision de l'intimé de

refuser au recourant toutes prestations, plus précisément des mesures d'ordre professionnel, notamment un reclassement, au sens de l'art. 8 al. 3 let. b LAI. Il sera fait application de la jurisprudence constante selon laquelle le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2), ce qui est le cas de l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier.

A/4110/2019 - 18/30 - 6. a. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. En vertu de 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 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 (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). b. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b ; 400 consid. 4b et les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). 7. a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 1bis LAI, en vigueur dès le 1er janvier 2008, précise que le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. À teneur de l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). b. En vertu de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). L'art. 6 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) précise que sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés

qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le

A/4110/2019 - 19/30 - début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). c. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1 LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_464/2009 du 31 mai 2010). d. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAI, le droit aux mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle et aux mesures d'ordre professionnel prend naissance au plus tôt au moment où l'assuré fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 8. a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 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 émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut

A/4110/2019 - 20/30 - examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). b. Depuis le prononcé de deux arrêts du Tribunal fédéral du 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral, la jurisprudence développée pour les

troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; ATF 143 V 418 consid. 6, 7 et 8). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale conformément à l'ATF 141 V 281 peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (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)

A/4110/2019 - 21/30 - 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 révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 9. a. 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). b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V

231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). c. 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

A/4110/2019 - 22/30 - origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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). d. 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). 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). 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. À 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

A/4110/2019 - 23/30 - cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). e. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a b; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. En l'espèce, contrairement à ce qui vaut pour le droit à la rente qui 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 – en l'occurrence le 6 juillet 2016 – (art. 29 LAI), des mesures d'ordre professionnel, notamment un reclassement, ne peuvent être octroyées que pour le futur, de sorte que les faits éventuellement constitutifs d'une incapacité de travail antérieurs au prononcé de la décision querellée ne pourraient en tout état de cause pas entraîner dans le cas présent la naissance d'un droit à des prestations de l'AI à titre rétroactif. 11. a. Pour ce qui est de la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 12 juillet 2019, le grief de l'assuré selon lequel les experts L\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ne l'auraient pas entendu suffisamment longtemps est sans pertinence, pour le motif qui suit. La durée de l'entretien ne constitue pas le seul élément déterminant pour définir si l'expertise a valeur probante ou non. En effet, le travail de l'expert ne se limite pas à l'entretien, mais se poursuit ensuite par l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (ATF I 746/05 du 30 mai 2006 consid. 2.3 ; ATAS/1011/2011 du 1er novembre 2011). Les spécialistes ne posent au demeurant aucune durée minimale pour un examen clinique dans le cadre d'une expertise psychiatrique (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in : Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905). Il y a quoi qu'il en soit lieu de distinguer le travail effectué par un expert, dont la mission est de répondre à un certain nombre de questions dans le cadre d'un litige plus particulièrement et à un moment déterminé, de celui mené par le médecin traitant chargé de traiter l'assuré sur une longue durée. Aussi, la durée de l'entretien importe-t-elle peu pour déterminer la valeur probante d'un rapport médical (ATAS/891/2019 du 1er octobre 2019 consid. 16). b. Par ailleurs, on ne voit pas en quoi les faits allégués par le recourant à teneur desquels la durée des entretiens avec ces deux experts aurait été indiquée dans leur rapport de manière erronée comme plus longue que dans la réalité pourraient en

A/4110/2019 - 24/30 - tant que tels remettre en cause la valeur probante dudit rapport. N'apparaît pas non plus déterminante la divergence entre la constatation du Dr N\_\_\_\_\_ selon laquelle l'expertisé serait resté vingt à trente minutes debout, statique et sans bouger, et la négation d'une telle durée dans les griefs du recourant, l'appréciation de cet expert étant basée également sur bien d'autres éléments. Au surplus, contrairement à ce que l'intéressé fait valoir, le Dr L\_\_\_\_\_ a cité le courrier de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 3 juin 2019 (p. 10 s. de son rapport). Enfin, contrairement à ce que soutient le recourant, l'expert

N\_\_\_\_\_ a fait état de ses plaintes (p. 24) et rien ne permet de supposer qu'il les aurait exclues de son appréciation. Il n'a pas fondé ses conclusions uniquement sur l'attitude de l'expertisé durant l'entretien, mais a procédé aussi à un examen clinique du rachis ainsi que des membres supérieurs et inférieurs (p. 26 s.), accompagné d'une analyse des rapports médicaux des médecins qui l'avaient auparavant examiné (p. 27 s.). La question d'une éventuelle comorbidité psychiatrique entraine quant à elle dans le cadre de l'évaluation consensuelle entre les trois experts. Pour le reste, l'assuré n'a pas contesté les constatations contenues dans le rapport d'expertise, ou il les a seulement nuancées. En définitive, rien ne permet de considérer que le rapport des experts L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, qui respecte les exigences posées par le Tribunal fédéral pour la reconnaissance de la valeur probante, ne reposerait pas sur un examen objectif et complet, et aucun indice concret ne permet de lui ôter la valeur probante. Lesdits experts concluent à une capacité de travail entière dans l'activité antérieure de l'assuré (agent d'assurance) ainsi que dans toute autre activité adaptée aux limitations fonctionnelles consistant en un effort de soulèvement limité à 10 kg et un port de charges limité à 15 kg, et pas de porte-à-faux du buste ni de position à genoux ou accroupie c. Les rapports des Drs F\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, O\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_ ainsi que les médecins des HUG peuvent se voir reconnaître une valeur probante, conformément aux principes développés par le Tribunal fédéral et rappelés plus haut. À cet égard, il n'est pas établi que les Dr G\_\_\_\_\_ et le SMR auraient, sans pouvoir former leur propre appréciation, été influencés par les rapports d'expertise des Drs B\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. d. La question est de savoir si les avis des médecins qui ne sont pas intervenus comme experts, notamment les médecins traitants, sont ou non susceptibles de mettre en doute les conclusions des experts L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. 12. Le dossier, qui contient les prises de position de l'assuré et des rapports circonstanciés des médecins dont il demande l'audition, apparaît complet concernant les points pertinents et permet que la cause soit tranchée en toute connaissance de cause.

A/4110/2019 - 25/30 - Il n'est ainsi ni utile ni nécessaire que la chambre de céans entende en comparution personnelle le recourant et, en qualité de témoins, les Drs O\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. 13. a. Au plan somatique, le recourant souffre, de manière incontestée, d'une discopathie protrusive en L4-L5 et L5-S1 ainsi que d'une discopathie en C3-C4 et C5-C6. Seul le premier diagnostic peut entrer ici en considération sous l'angle de l'AI, l'intéressé se plaignant principalement de douleurs lombaires à ce niveau. b. Les experts du CEMEDEX n'excluent pas l'existence de telles douleurs lombaires avec irradiation devenues chroniques, mais estiment qu'elles sont sans substrat somatique faute d'image de conflit disco-radicaire et qu'elles sont majorées pour des raisons psychologiques. Un substrat somatique n'a été constaté ni dans les rapports du Dr F\_\_\_\_\_ des 17 mars et 8 juin 2015 à la suite d'IRM et des 4 et 11 février 2016 à la suite d'arthrographies effectuées lesdits jours, ni dans le rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 1er mars 2016, ni dans le rapport des HUG du 18 janvier 2017 faisant suite à une IRM. Le Dr G\_\_\_\_\_ a quant à lui retenu dans son rapport du 11 mai 2015 une majoration des plaintes, pour lesquelles il n'a pas trouvé de cause somatique. Les médecins des services de neurochirurgie et de rhumatologie, consultations spécialisées du rachis, des HUG n'ont notamment pas retenu de conflit radicaire et n'ont mentionné aucune origine somatique aux douleurs de l'assuré, et ceux plus précisément de la consultation spécialisée du rachis du service de rhumatologie apparaissent avoir fondé leurs constatations et leurs propositions pour une part essentielle sur les plaintes de douleurs du patient. Quant au Dr O\_\_\_\_\_, il part du principe que, du fait de l'impact de l'accident du 3 mars 2015, même à faible vitesse, il

existerait des micro-lésions, tout en semblant relever l'absence de déficits fonctionnels et organiques à la suite de cet accident. L'évocation de telles micro-lésions ne constitue toutefois qu'une hypothèse nullement objectivée, qui est du reste contredite par l'expert N\_\_\_\_\_. Enfin, les rapports du Dr E\_\_\_\_\_, médecin traitant avec la Dresse H\_\_\_\_\_, apparaissent se fonder principalement sur les plaintes du recourant, et il est rappelé que, d'après la jurisprudence, 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. Il s'ensuit qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, aucun substrat ou origine somatique ne peut être retenu pour les douleurs de l'assuré. c. Pour ce qui est des conséquences des problèmes lombaires, le Dr G\_\_\_\_\_ ainsi que les experts du CEMEDEX écartent une incapacité de travail du recourant, à tout le moins à partir du 1er juin 2015.

A/4110/2019 - 26/30 - Les médecins des HUG ne se prononcent pas expressément à ce sujet. Ceux du service de neurochirurgie, consultation spécialisée du rachis, font certes état d'un caractère invalidant des douleurs lombaires, mais sans évoquer un substrat somatique ni mentionner une éventuelle incapacité de travail ; quant aux médecins du service de rhumatologie, consultation spécialisée du rachis, il relèvent de très fortes douleurs dans leurs deux premiers rapports, puis, dans le dernier après le suivi par le patient du programme multidisciplinaire de prise en charge pour les maux de dos, ils notent une réduction des douleurs pour l'habillage vers le bas ainsi qu'un espoir d'amélioration. L'incapacité totale de travail retenue par le Dr E\_\_\_\_\_ depuis le 1er mars 2016 repose essentiellement sur les plaintes de l'intéressé, et les rapports de ce médecin traitant doivent être pris en compte avec circonspection vu son rapport de confiance avec l'assuré. La difficulté pour le Dr O\_\_\_\_\_ d'envisager une reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit, même adaptée, sur le marché du travail, ne paraît pas constituer un avis catégorique au sujet de sa capacité de travail, et cette appréciation apparaît plus reposer sur les plaintes du patient et leur contexte, à savoir la pénibilité sur les plans tant rhumatologique que psychique ainsi que sur l'absence de stabilité de l'état de santé, sans précisions concrètes, que sur des atteintes médicales dûment établies. Au demeurant, ce rhumatologue évoque une probable réduction future des douleurs lombaires. Enfin, par surabondance, l'assuré n'invoque aucun élément suffisamment probant de nature à mettre en doute sa capacité d'accomplir certains gestes de la vie quotidienne sans difficultés majeures résultant de douleurs, comme retenu par les trois experts à la suite notamment de ses entretiens avec eux, ni la majoration des symptômes physiques, retenue dans le rapport d'expertise et non remise en cause par le Dr P\_\_\_\_\_. À cela s'ajoute une amélioration de son état du point de vue des douleurs lombaires, à tout le moins à partir du 11 septembre 2017, date de la fin du programme multidisciplinaire de prise en charge pour les maux de dos mis en place par la consultation spécialisée du rachis du service de rhumatologie des HUG. Le fait qu'il prendrait des médicaments antidouleurs en forte dose ne remettrait pas en cause ce qui précède. Partant, un caractère invalidant des douleurs lombaires de l'intéressé n'est pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante. En définitive, des atteintes à la santé physique du recourant ne sauraient être considérées comme une cause d'une éventuelle incapacité de travail. Il en irait de même s'il était fait abstraction de l'absence de substrat ou d'origine somatique des douleurs lombaires dont se plaint l'assuré.

14. a. Au plan psychique, les experts du CEMEDEX diagnostiquent une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) de même que d'autres troubles spécifiques de la personnalité (personnalité narcissique ; F60.8), et

A/4110/2019 - 27/30 - ils retiennent une capacité de travail entière dans l'activité antérieure de l'assuré (agent d'assurance) de même que dans toute autre activité adaptée. Le Dr P\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute du recourant depuis le 13 septembre 2019, conteste ces deux diagnostics et considère comme éventuellement plus pertinent celui de trouble de personnalité histrionique (F60.4) et très pertinent celui de trouble de la personnalité lié à un syndrome algique chronique (F62.8), qui engloberait d'éventuels traits narcissiques et même le diagnostic de majoration des symptômes physiques. Il ne retient pas d'autre diagnostic. Ces diagnostics du Dr P\_\_\_\_\_ apparaissent assez proches de ceux des experts, et ils n'apparaissent pas être d'une gravité notable. Certes, le Dr P\_\_\_\_\_ regrette que les experts aient écarté sans discussions les diagnostics de trouble dépressif majeur actif et d'état de stress post-traumatique diagnostiqués par la Dresse H\_\_\_\_\_, mais constate l'absence actuelle de symptômes objectivables en faveur de ces deux diagnostics. b. Pour ce qui est de la question de la capacité de travail, le Dr P\_\_\_\_\_ fait état de limitations psychiques actuelles en lien avec la modification de la personnalité (F62) et le profond et prolongé déconditionnement socio-professionnel, constituant un frein certain à une capacité de travail en activité adaptée en termes d'endurance au stress ou d'adaptation aux contacts interpersonnels, et il estime que le patient ne pourrait pas, vu cet état psychique et avec la comorbidité lombalgique chronicisée, être en capacité effective de travailler sans pouvoir bénéficier préalablement d'un stage de réentraînement et d'endurance dans le cadre de mesures professionnelles. Cela étant, d'une part, il ne ressort ni du rapport du Dr P\_\_\_\_\_ ni d'autres éléments du dossier que la modification de la personnalité diagnostiquée pourrait être d'une gravité telle qu'elle serait une cause d'incapacité de travail. D'autre part, ni le déconditionnement issu d'un mode de vie sédentaire et inactif, ni celui lié à une longue interruption de l'activité professionnelle ne suffisent en tant que tels pour admettre une diminution durable de la capacité de travail dans toute activité (cf. arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1). En revanche, lorsque le déconditionnement se révèle être la conséquence directe et inévitable d'une atteinte à la santé, son incidence sur la capacité de travail ne saurait d'emblée être niée. À cet égard, les éléments empêchant la réadaptation et la réintégration professionnelles qui ne sont pas dus à l'atteinte à la santé n'ont pas à être pris en considération. Si la mise en valeur de la capacité résiduelle de travail dépend cependant d'une mesure préalable liée à l'état de santé, et réservée du point de vue médical, il y a lieu d'en tenir compte pour évaluer ladite capacité de travail. Ainsi, lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_141/2009 du

A/4110/2019 - 28/30 - 5 octobre 2009 consid. 2.3.1 ; SVR 2010 IV n° 9 p. 27 ; 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.1 ; SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; 9C\_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2). Or, en l'occurrence, le déconditionnement du recourant, qui a duré du 3 mars 2015 jusqu'à actuellement, soit presque cinq ans, ne saurait avoir eu pour cause ses douleurs lombaires, faute de substrat ou origine somatique et de caractère psychosomatique durant toute cette période. En effet, ni un trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281) ni des affections traitées de manière, telles que par exemple la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), le traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 ; ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) n'ont été diagnostiqués par des

médecins ou experts ou même évoqués par l'intéressé. Quant à l'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2), il a, selon la Dresse H\_\_\_\_\_, généré une totale incapacité de travail du 1er mai 2015 au 29 février 2016, mais pas par la suite, de sorte qu'il n'entre pas en considération ici, la demande de prestations de l'AI ayant été déposée le 6 juillet 2016. Ledit déconditionnement ne saurait non plus avoir eu pour cause une dépression sévère et invalidante. En effet, ce diagnostic est posé par un médecin traitant, qui n'est pas psychiatre (la Dresse H\_\_\_\_\_), n'est pas confirmé par l'expert psychiatre et le psychiatre qui ont examiné l'assuré, et les médecins des HUG n'ont évoqué qu'un état dépressif modéré – ou moyen. Dans ces conditions, une incapacité de travail, même passée, ayant pour cause une dépression sévère ne peut pas être retenue, de sorte que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, il n'est en tout état de cause pas nécessaire de procéder à une procédure structurée d'administration des preuves ou à un examen des indicateurs standards (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). Il est de surcroît contradictoire que la Dresse H\_\_\_\_\_, sur la base de son diagnostic, exclue pratiquement toute capacité de travail du patient, alors que ce dernier sollicite de la part de l'intimé des mesures d'ordre professionnel, lesquelles impliquent une capacité de travail à tout le moins résiduelle. Enfin, le déconditionnement subi par l'assuré apparaît pour la plus grande part d'ordre somatique. En effet, son état dépressif a été traité et est désormais guéri ; il s'est vu délivrer en 2016 les autorisations d'exercer les professions d'agent en fonds de commerce, de détective privé et d'agent de renseignements commerciaux ; il a, depuis fin 2017 ou début 2018, à tout le moins créé un site internet, été candidat à l'élection au Grand Conseil du printemps 2018, et il a participé aux activités d'un syndicat et d'une association de parents d'élèves ; les faits que ces actes auraient selon lui été accomplis tard le soir depuis chez lui et qu'une partie de ce qu'il a fait soit demeurée au stade de projets ne permettent pas de nier que le recourant, dont le « contexte social » (une famille unie) apparaît préservé pour l'essentiel, dispose encore de ressources personnelles et de capacités qui ne sont pas négligeables.

A/4110/2019 - 29/30 - Dans ces circonstances, une atteinte à la santé mentale ou psychique, même sur la base d'une appréciation globale d'éventuels différents troubles, ne peut pas non plus être retenue comme une cause d'une incapacité de travail de l'assuré. c. Par surabondance, une incapacité de travail ne peut pas non plus être retenue sur la base d'une prise en compte d'effets cumulés et réciproques de différentes affections médicales (comorbidité), qu'elles soient d'ordre somatique ou psychique. 15. Vu ce qui précède, il n'y a pas lieu de mettre en cause la conclusion des experts L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ selon laquelle le recourant ne présente actuellement pas une incapacité de travail, quel que soit son taux, mais au contraire une capacité de travail entière dans son activité antérieure (agent d'assurance) ainsi que dans toute autre activité adaptée. En l'absence d'une quelconque incapacité de travail (art. 6 LPGA) et donc d'une incapacité de gain et d'une invalidité, des mesures d'ordre professionnel, par exemple un reclassement, ne peuvent pas être envisagées. Par conséquent, la décision querellée est bien fondée et le recours doit être rejeté. 16. Vu cette issue et en application de l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de CHF 200.- est mis à la charge du recourant. \* \* \* \* \*

A/4110/2019 - 30/30 - 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.