

## **GE\_GERICHTE ATAS/201/2018 vom 5. März 2018**

GE Cour de justice, 2018-03-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_201\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_201_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/201/2018 du 5 mars 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/201/2018 del 5 marzo 2018

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

A/2721/2017 - 17/23 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

#### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

#### **E. 4**

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant depuis 1er juillet 2016.

#### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. 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. 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). L'invalidité est une notion économique et non médicale, et ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal

fédéral des assurances I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

## **E. 6**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, 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). 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.

A/2721/2017 - 18/23 - 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.

## **E. 7**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). c. 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. Ainsi, 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

A/2721/2017 - 19/23 - écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

## **E. 8**

L'intimé a admis l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2015 au 30 juin 2016, se fondant sur l'aggravation de l'état de santé du recourant pour des motifs psychiques. Il a en revanche considéré que la capacité de travail du recourant était à nouveau de 50 % dès le 15 juin 2016, se fondant sur les expertises des Drs G\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_. S'agissant des rapports du Dr G\_\_\_\_\_, il convient de relever ce qui suit. Au plan formel, cet expert a établi sa première expertise en se fondant sur quatre rapports du Dr G\_\_\_\_\_. Il n'avait ainsi pas connaissance des images radiologiques ou de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ lorsqu'il a émis ses premières conclusions. Pour ce motif déjà, elle ne saurait se voir reconnaître valeur probante, eu égard aux critères dégagés par le Tribunal fédéral. Il est vrai que le Dr G\_\_\_\_\_ a par la suite eu accès à ces documents et qu'il a confirmé ses conclusions. Cela ne suffit toutefois pas à pallier le fait que sa première expertise a été rendue sans qu'il dispose de tous les éléments médicaux pertinents. Sur le fond, le premier rapport du Dr G\_\_\_\_\_ n'emporte du reste pas la conviction. En premier lieu, ce médecin fait état de probables nombreuses « préoccupations à domicile et peut-être familiales », nonobstant les dénégations du recourant sur ce point. Or, cette assertion n'est étayée par aucun élément factuel. On notera en particulier que les rapports du Dr D\_\_\_\_\_ ne permettent pas de conclure à l'existence de tels éléments. Elle relève ainsi de la spéculation et n'a pas sa place dans une expertise. Il faut également souligner que l'expert a examiné le recourant deux jours après une injection de Botox®, alors qu'il est établi selon les explications du Dr D\_\_\_\_\_ que le traitement est efficace dans les premières semaines mais que ses effets s'estompent progressivement par la suite, et que le recourant doit alors faire face à une recrudescence des symptômes. Autrement dit,

A/2721/2017 - 20/23 - vu le moment auquel a eu lieu l'examen, il n'est pas certain que le Dr G\_\_\_\_\_ ait pu mesurer l'intensité des troubles du recourant, croissante après l'efficacité initiale de chaque injection. S'agissant des constatations relevées au status, il paraît pour le moins contradictoire que le Dr G\_\_\_\_\_ ne retienne aucune anomalie hormis le torticolis, alors qu'il a évoqué la présence de contractures musculaires. Quant aux

diagnostics retenus, on relève que le Dr G\_\_\_\_\_ ignore les troubles du rachis ressortant des documents radiologiques. En ce qui concerne les diagnostics psychiques posés, dont la labilité émotionnelle et l'état dépressif réactionnel, il s'agit d'atteintes qui sortent du domaine de compétence du neurologue, à l'instar du burn out évoqué quelques lignes plus loin. Sur ce point, il eût en outre été utile que le Dr G\_\_\_\_\_ indique les critères diagnostiques et les constatations sur lesquels il se fondait pour conclure à leur existence. Les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail du recourant sont également empreintes de contradictions. En premier lieu, il est surprenant que ce médecin fasse état de limitations liées à la douleur et mentionne un syndrome douloureux chronique, alors qu'il existe des atteintes objectivées, soit le torticolis spasmodique et les pathologies du rachis. Il est en outre contradictoire qu'il qualifie le traitement d'approprié, tout en insistant sur la nécessité de plusieurs adaptations. Il est tout aussi contradictoire de considérer que les douleurs ne sont pas incompatibles avec la reprise du travail, en admettant que le syndrome douloureux doit d'abord se stabiliser. Le complément d'expertise rendu par le Dr G\_\_\_\_\_ du 3 octobre 2016 ne peut pas non plus se voir reconnaître valeur probante. S'agissant en premier lieu du diagnostic d'osteogenesis imperfecta, qu'il écarte en raison de l'absence alléguée de fractures multiples, il ressort de l'anamnèse du Dr C\_\_\_\_\_ – qu'aucun élément ne permet de mettre en doute – que le recourant a bien subi de telles fractures. Quant aux troubles psychiques, sur lesquels le Dr G\_\_\_\_\_ insiste une nouvelle fois, il est inexact d'affirmer qu'ils auraient déjà été mentionnés par le Dr C\_\_\_\_\_, qui a précisément exclu une pathologie de cet ordre malgré les difficultés que le recourant rencontrait en raison de son état de santé. Le Dr G\_\_\_\_\_ affirme une nouvelle fois que les douleurs ne sont pas imputables à l'atteinte neurologique. Il ne donne cependant aucune explication scientifique étayant sa position, si bien qu'on ne saurait s'y rallier. On comprend du reste mal la pertinence de la littérature à laquelle il se réfère, puisque les douleurs du recourant ne relèvent pas uniquement de céphalées d'une part, et que le fait qu'elles s'observent chez des sujets ne souffrant pas de torticolis spasmodique ne signifie pas encore que cette atteinte ne puisse pas entraîner de tels maux chez ceux qui en sont atteints d'autre part. Eu égard à ces éléments, les conclusions du Dr G\_\_\_\_\_ ne peuvent être suivies. Le SMR a admis une incapacité de travail totale dès le 19 juin 2017, en s'appuyant sur les indications du Dr D\_\_\_\_\_. Il affirme que ce n'est qu'à cette date que la dégradation de l'état de santé du recourant a été objectivée. C'est ici le lieu de rappeler que le juge apprécie la légalité des décisions attaquées en règle générale

A/2721/2017 - 21/23 - d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 585/04 du 3 octobre 2005 consid. 1). Or, l'aggravation admise par le SMR se manifeste par le fait que le recourant doit tenir sa tête d'une main en raison de la déviation, par une perte de force du membre supérieur gauche et par des signes de souffrance médullaire. L'intimé ne saurait être suivi en tant qu'il affirme que l'aggravation ne peut être prise en considération dès lors qu'elle aurait été rapportée pour la première fois par le Dr D\_\_\_\_\_ le 19 juin 2017. En premier lieu, ce médecin signalait le 26 mai 2016 déjà que l'efficacité décroissante du Botox® avait pour conséquence la déviation pratiquement constante de la tête vers la gauche, et il précisait en juillet 2016 que le recourant devait tenir sa tête de la main en raison de ces déviations. En outre, le SMR a admis que les signes d'aggravation ressortaient également de l'IRM, qui est antérieure à la décision querellée. Sur ce point, l'argument de l'intimé, selon lequel l'IRM ne suffit pas à objectiver des troubles, tombe à faux. S'il est vrai que certaines découvertes radiologiques sont asymptomatiques et qu'elles ne suffisent pas à fonder un droit aux

prestations, tel n'est pas le cas en l'espèce. En effet, de l'admission même du SMR, le rapport d'imagerie confirme une dégradation physique dont le recourant s'était plaint depuis plusieurs mois. Sur ce point, on renverra également au rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 13 juin 2016, auprès duquel le recourant a fait état d'une aggravation des douleurs et d'irradiations douloureuses du membre supérieur gauche. On peut encore relever sur ce point qu'il est inexact d'affirmer que le Dr K\_\_\_\_\_ aurait nié une incapacité de travail, puisque ce dernier s'est référé sur ce point à l'appréciation du Dr D\_\_\_\_\_. De plus, contrairement à ce que l'intimé affirme, le neurologue traitant n'a nullement mentionné que l'aggravation des troubles était récente dans son rapport du 19 juin 2017, mais il a au contraire précisé que cette aggravation remontait à environ une année, ce qu'il a encore confirmé dans son rapport de novembre 2017. Aucun élément ne permet de mettre en doute ce point. Dans ces conditions, même s'il fallait considérer à l'instar de l'intimé que ce n'est qu'en juin 2017 que l'aggravation a été dûment décrite, cela ne justifierait pas d'en faire abstraction. En effet, l'élément déterminant pour le début du droit aux prestations – sous réserve du caractère non tardif de la demande – n'est pas la date à laquelle les atteintes ont été mentionnées, mais bien celle à laquelle elles sont apparues et ont déployé des effets sur la capacité de gain d'un assuré. Prendre en compte les seuls éléments dont l'assurance a eu connaissance avant de rendre sa décision, en excluant ceux qui lui sont antérieurs mais qui n'ont été signalés qu'au cours de la procédure de recours, violerait l'interdiction du formalisme excessif résultant des art. 9 et 29 al. 1 de la Constitution (Cst – RS 101), dès lors que cela compliquerait de manière insoutenable la réalisation du droit matériel (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_761/2015 du 3 mai 2016 consid. 4).

A/2721/2017 - 22/23 - Partant, force est d'admettre que l'aggravation fondant l'incapacité de travail totale pour des motifs somatiques admise par le SMR était déjà survenue en juin 2016, date à laquelle l'incapacité de travail totale pour des motifs psychiques a pris fin selon les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_. Ainsi, la décision de l'intimé doit être annulée en tant qu'elle limite le droit du recourant à une rente entière au 30 juin 2016.

## **E. 9**

Eu égard aux éléments qui précèdent, le recours est admis. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.-

A/2721/2017 - 23/23 - 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.