

## **GE\_GERICHTE ATAS/266/2010 vom 4. März 2010**

GE Cour de justice, 2010-03-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_266\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_266_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/266/2010 du 4 mars 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/266/2010 del 4 marzo 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

L'objet du recours ressortit à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI), si bien que le Tribunal de céans est matériellement compétent pour statuer en l'espèce (art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire).

#### **E. 2**

Interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente et dans les formes prescrites par un assuré directement touché dans ses intérêts juridiquement protégés par la décision querellée, le présent recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 : LPGA).

#### **E. 3**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

#### **E. 4**

L'invalidité, au sens de la LPGA et de la LAI, est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, qui peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 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 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. Le taux d'invalidité d'une personne exerçant une activité lucrative est fixé d'après la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire essentiellement selon des considérations économiques. Ainsi, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en

A/3399/2009 - 11/17 - exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Aux termes des art. 8 LPGA et 4 al. 1 LAI, l'objet assuré n'est pas l'atteinte à la santé physique mais les conséquences économiques de celles-ci, à savoir une incapacité de gain probablement permanente ou de longue durée. Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4). Le Tribunal fédéral a néanmoins jugé que les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore être exigés de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4).

#### **E. 5**

Selon la jurisprudence, pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante soit mis en évidence par le médecin spécialisé (arrêt du Tribunal fédéral du 21 août 2007, I 797/06, consid. 4). En effet, bien que l'invalidité soit une notion juridique et économique, les données fournies par les médecins constituent un élément utile pour apprécier les conséquences de l'atteinte à la santé et pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

### **E. 5.1**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 LPGA), l'administration est tenue de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Quant au juge cantonal, il dispose d'une large liberté dans le choix des preuves qu'il entend administrer. Cette liberté est le corollaire de l'obligation à sa charge d'établir les faits déterminants pour l'issue du litige (art. 61 let. c LPGA). S'agissant d'une expertise médicale, il a en principe la possibilité soit de commettre lui-même un expert soit de renvoyer la cause à l'administration pour qu'elle mette en oeuvre une expertise (ATFA du 7 août 2003, cause I 656/02, consid. 3.3 ; RAMA 1993 p. 136).

### **E. 5.2**

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; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, art. 42 n° 19 p. 536; ATF 130 II 425 consid. 2.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_859/2007 du 16 décembre 2008 consid. 5). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit

A/3399/2009 - 12/17 - d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht Rechtsprechung [SVR] 2001 IV n° 10 p. 28).

### **E. 5.3**

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références).

### **E. 5.4**

La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas

sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constatations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157, consid. 1d; ATF 123 V 175, 176 s consid. 3d; ATF 125 V 351, 353 s consid. 3b ee; cf. aussi arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2 avec références, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral du 26 janvier 2007, U 365/06, consid. 4.1).

A/3399/2009 - 13/17 - Enfin, on rappellera 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 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), 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 du 20 novembre 2009, 9C\_4/2009, consid. 2.2.).

## **E. 6**

En l'occurrence, l'OAI a nié le droit du recourant à toutes prestations, en se fondant essentiellement sur le rapport d'expertise du Dr P\_\_\_\_\_ du 20 avril 2009 concluant à l'absence de toute atteinte invalidante sur les plans psychiatrique et neurologique, dès août 2007.

Force est toutefois de constater que ce rapport n'est pas entièrement probant. D'une part, il ne mentionne pas – et, partant, ne discute aucunement – les conclusions du rapport de la Consultation de la Mémoire du 24 juillet 2006, confirmées, près de 18 mois plus tard, dans un second rapport du 18 décembre 2007, conclusions selon lesquelles l'évaluation neuropsychologique mettait en évidence au premier plan un important ralentissement, ainsi que des difficultés attentionnelles et mnésiques associées à une problématique anxio-dépressive significative (échelle de 14/21 pour l'anxiété et 16/21 pour la dépression). Le rapport neuropsychologique du 6 avril 2009, qui fait partie intégrante de l'expertise du

Dr P\_\_\_\_\_, relève même, curieusement, l'absence « d'examen neuropsychologique antérieur », et cela en contradiction manifeste avec les pièces du dossier. Or, les conclusions des deux rapports précités de la Consultation de la Mémoire, établis par deux médecins spécialisés (dont l'un est également neuropsychologue), et dont la valeur probante n'est ni contestée, ni d'ailleurs contestable, sont en contradiction avec les conclusions du neuropsychologue (Monsieur Q\_\_\_\_\_, lequel n'est d'ailleurs pas médecin de formation), sur lesquelles le Dr P\_\_\_\_\_ s'est appuyé pour minimiser, sinon mettre en doute les difficultés neuropsychologiques de l'expertisé, retenant tout au plus que la capacité de travail, d'un point de vue cognitif, n'était probablement altérée que modestement. A cela s'ajoute un certain manque de clarté concernant les aptitudes neurologiques de l'expertisé, et en particulier l'intensité du ralentissement constaté, tantôt qualifié d'important (rapport, p. 15), tantôt qualifié de modeste du point de vue de l'incidence sur la capacité de travail (rapport, p. 15). On notera aussi que la majoration des symptômes mnésiques a été considérée comme seulement « probable » par le Dr P\_\_\_\_\_. De surcroît, le neuropsychologue Q\_\_\_\_\_ a expressément admis que son examen n'avait pas permis d'évaluer précisément la capacité de travail de l'intéressé du point de vue cognitif, respectivement ses difficultés neuropsychologiques éventuelles, alors même que les fonctions exécutives n'avaient pas toute été testées, mais paraissaient

A/3399/2009 - 14/17 - « grosso modo » (sic) néanmoins conservées. Par surabondance, on relèvera que l'outil utilisé par ce neuropsychologue pour déceler l'existence d'un biais d'effort (les 15 items de Rey) fait l'objet de critiques psychométriques et n'apparaît dès lors pas entièrement fiable

([http://www.neuropsychologie.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=314:pratiques-des-neuropsychologues-dans-lexpertise-medico-legale&catid=46](http://www.neuropsychologie.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=314:pratiques-des-neuropsychologues-dans-lexpertise-medico-legale&catid=46)). De surcroît, le Dr P\_\_\_\_\_ ne motive pas à satisfaction les raisons pour lesquelles il a estimé que l'expertisé avait recouvré une capacité de travail entière dès août 2007 dans une activité adaptée (sans responsabilités). A cet égard, les arguments retenus par cet expert (et le SMR avec lui) pour relativiser les conclusions des expertises du Dr M\_\_\_\_\_ des 4 septembre 2006 et 12 février 2007 ne sont pas convaincants. En effet, si, malgré les discordances effectivement observées par lui, le Dr M\_\_\_\_\_ a pu néanmoins admettre, sur le plan psychique, une incapacité de travail complète, c'est parce que ces discordances n'étaient que légères. Il n'a par ailleurs pas imputé lesdites discordances à une prétendue majoration des symptômes mnésiques (majoration au demeurant qualifiée de seulement « probable » par le Dr P\_\_\_\_\_), mais, en partie du moins, aux troubles de la mémoire, sinon à l'existence d'éléments pathologiques faisant partie de la structure de la personnalité de l'expertisé. A cela s'ajoute que, contrairement à ce qu'a indiqué le Dr P\_\_\_\_\_ (« nous proposons de suivre exactement les indications de l'expert précédent, à savoir de stipuler une exigence professionnelle entière 6 mois après la deuxième évaluation de février 2007 », rapport du 20 avril 2009, p. 22), le Dr M\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé pour une reprise du travail à 100% dès le mois d'août 2007. Ce dernier a, au contraire, considéré qu'il était « difficile d'indiquer chronologiquement avec précision quand se fera le retour à une capacité de travail à 100%. On peut prévoir en conséquence une incapacité de travail à 100% pour les prochains 4-6 mois et une reprise partielle ensuite pour passer enfin au 100% » (rapport du 12 février 2007, p. 5). En cela, le Dr M\_\_\_\_\_ a d'ailleurs repris et confirmé les indications du psychiatre traitant selon lequel il fallait « attendre encore quelques mois (par ex. 4-6 mois ?) pour une restitutio ad integrum de ses capacités intellectuelles qui lui permettront une reprise du travail au moins

partielle » (rapport du 12 février 2007, p. 4). Quant aux difficultés de communication relevées par le Dr P\_\_\_\_\_, l'expertise de ce dernier ne permet pas de les imputer, au degré de la vraisemblance prépondérante, à un évitement ou à un défaut de collaboration, plutôt qu'à un trouble cognitif (sinon à un trouble métabolique, apparemment non encore investigué à ce jour, cf. rapport de la Consultation de la Mémoire du 24 juillet 2006, p. 5), ce d'autant que le Dr P\_\_\_\_\_, à l'instar des spécialistes consultés, a lui-même admis l'existence d'un ralentissement psychique important chez l'expertisé. A cet égard, on notera encore une certaine contradiction entre les constatations du Dr M\_\_\_\_\_ et du Dr P\_\_\_\_\_, le premier ayant relevé que l'expertisé avait une connaissance limitée du français (tout comme du reste le neuropsychologue Q\_\_\_\_\_, lequel a qualifié de « pauvre » le niveau de

A/3399/2009 - 15/17 - langage en français), alors que le second a indiqué que celui-ci maîtrisait relativement bien le français. Il s'ensuit que l'on ne saurait d'emblée nier toute influence des troubles cognitifs sur la capacité de travail du recourant, en l'état.

De plus, le Dr P\_\_\_\_\_ ne s'est pas déterminé sur le diagnostic de clinophilie posé par le Dr L\_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 décembre 2007 destiné à la NATIONALE SUISSE. Il s'est en effet limité à relever à cet égard que l'expertisé « se lève toujours tard » (rapport p. 5), sans vérifier plus avant l'existence d'une telle pathologie. D'un autre côté, il apparaît pour le moins contradictoire de dénier toute valeur probante aux deux expertises du Dr M\_\_\_\_\_ (dont on rappellera qu'il a été mandaté par la NATIONALE SUISSE, et non par l'assuré lui-même), comme l'a fait l'OAI dans sa réponse au recours, alors que le SMR, dans un avis du 16 juillet 2009, a expressément admis qu'il y avait eu une « décompensation psychique sévère dans le parcours de l'assuré ». Ce dernier avis est d'ailleurs lui-même en contradiction avec l'avis du SMR du 27 mai 2009, estimant que l'assuré avait eu une capacité de travail entière « depuis toujours, sans baisse de rendement justifiée ». Dans ce contexte, on peut également relever que le médecin-conseil de la NATIONALE SUISSE a, de son côté, non seulement estimé probantes les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ (retenant une incapacité de travail complète jusqu'en juin-août 2007, puis une reprise partielle), mais qu'il a encore, selon toute vraisemblance, estimé que l'assuré présentait une incapacité de gain complète jusqu'en mars 2008 en tout cas, puisque l'assurance perte de gains a entièrement pris en charge le cas jusqu'à cette date (laquelle correspond par ailleurs au délai maximum de deux ans usuellement appliqué par les assureurs perte de gain en cas de maladie : cf. art. 72 LAMal). On relèvera également que, contrairement à ce qu'a retenu le SMR dans son avis du 16 juillet 2009, ce n'est pas seulement à partir de son installation en tant qu'indépendant (au printemps 2005), mais déjà en tant que salarié, que l'assuré souffrait de fatigue, de difficultés à s'organiser, de stress et d'énervement (cf. déclarations de sa compagne, consignées par le Dr M\_\_\_\_\_ dans son rapport du 12 février 2007 ; voir aussi rapport de la Consultation de la Mémoire du 24 juillet 2006, mentionnant que ces troubles seraient apparus voici plusieurs années et fluctueraient selon les jours, indépendamment des efforts demandés par le travail de l'assuré : rapport, p.2). De son côté, le Dr T\_\_\_\_\_ a également constaté que depuis 5 ans, son patient présentait des capacités limitées de concentration, de compréhension et d'adaptation. On peut d'ailleurs se demander si cet état n'expliquerait pas, en partie du moins, que l'assuré n'ait été en mesure d'exercer, depuis son entrée en Suisse en 1996, que des emplois temporaires, avant de se mettre à son compte en mars 2005 – situation qui n'a pas non plus été investiguée plus avant sur le plan médical. En effet, le Dr M\_\_\_\_\_

laisse clairement entendre que l'équilibre psychique de l'expertisé était précaire avant A/3399/2009 - 16/17 - même que celui-ci ne devienne indépendant, la décompensation psychique étant survenue sur « le terrain fragile » d'un probable trouble de la personnalité préexistant (rapport du 12 février 2007, p. 4). Enfin, l'OAI ne s'est nullement déterminé sur le rapport médical complémentaire du Dr L\_\_\_\_\_ du 5 octobre 2009.

Sur le plan rhumatologique, l'instruction de l'OAI apparaît également lacunaire puisque cet Office a renoncé, sans motivation valable, à se déterminer sur la périarthrite au niveau de l'épaule droite dont souffre l'assuré depuis mars 2009 environ (cf. courrier du Dr S\_\_\_\_\_ du 16 septembre 2009) – soit antérieurement à la décision litigieuse du 19 août 2009, dont la date marque la limite dans le temps du pouvoir d'examen du Tribunal de céans (ATF 129 V 1 consid. 2.1 et ATF 121 V 362 consid. 1b). En effet, que le Dr S\_\_\_\_\_ n'ait fait « nulle mention » d'une telle affection dans son rapport reçu le 10 août 2009 n'autorisait pas pour autant l'Office intimé à déroger au principe inquisitoire, qui s'impose à lui en vertu de l'art. 43 LPGA. A cela s'ajoute que, dans son avis du 13 août 2009, le SMR a écarté toute atteinte incapacitante sur le plan rhumatologique dans la mesure où, à son avis, la posologie du traitement anti-inflammatoire était insuffisante et où il n'y avait pas d'autres traitements en cours, en particulier de « méthode de physiothérapie ». Or, il semble avoir échappé au SMR que le Dr S\_\_\_\_\_ avait dûment attesté que le traitement prodigué consistait également en séances de physiothérapie (et d'antidépresseurs). Cela étant, compte tenu des divergences d'estimation entre les Drs P\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ concernant la capacité de travail du recourant (divergences qu'il n'est pas possible de lever sans autre en l'occurrence) et de l'absence d'appréciation globale quant à la répercussion des atteintes neurologiques, rhumatologiques et psychiques sur ladite capacité, il s'impose de renvoyer la cause à l'Office intimé en vue de la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire auprès d'un Centre d'observation médicale de l'AI ou du Bureau romand d'expertise médicale.

#### **E. 7**

Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA); fixés en l'espèce à Fr. 2'000.-.

#### **E. 8**

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'OAI qui succombe.

A/3399/2009 - 17/17 -

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