

# **GE\_GERICHTE ATAS/310/2018 vom 9. April 2018**

GE Cour de justice, 2018-04-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_310\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_310_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/310/2018 du 9 avril 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/310/2018 del 9 aprile 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 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).

A/2954/2016 - 15/25 -

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnelle.

### **E. 5**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale 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).

## E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; 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 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

## 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, à ce motif, 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 et les références). 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

A/2954/2016 - 16/25 - le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. b. 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). c. Le juge ne s'écarte 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. 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 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

A/2954/2016 - 17/25 - sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). e. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). f. 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). g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans

le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).  
h. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on

A/2954/2016 - 18/25 - peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

## **E. 8**

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. 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. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la

A/2954/2016 - 19/25 - santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

### **E. 9**

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).

### **E. 10**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

### **E. 11**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGa) d'au moins 40%

A/2954/2016 - 20/25 - en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGa) à 40% au moins, mais 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. 1 LPGa.

## **E. 12**

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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être 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 doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

## **E. 13**

Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance- invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2). Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que

A/2954/2016 - 21/25 - l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C\_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une

expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3).

#### **E. 14**

Par ordonnance du 27 février 2017, la chambre de céans a confié une expertise rhumatologique au docteur S\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie. Elle a estimé que l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ n'emportait pas la conviction. Elle a considéré ce qui suit : Le Dr N\_\_\_\_\_ indique qu'il n'a pas pu effectuer d'examen clinique, le recourant retenant tous les mouvements et réagissant douloureusement au moindre effleurement ; il relève, dans son appréciation, qu'au vu de l'examen clinique et des très nettes différences entre son observation en dehors de l'examen (dans le bureau et dans la rue) et durant l'examen clinique, seul un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux est retenu. Du point de vue somatique il pose un diagnostic de status après discectomie C5 – C6, tout en précisant que l'atteinte radiculaire C6 droite a été guérie par l'intervention chirurgicale, que les plaintes au niveau du membre supérieur gauche n'ont pas été mises en relation avec une atteinte radiculaire ou périphérique et que les plaintes lombaires sont évoquées sans que des investigations n'aient été faites. Au vu de ce qui précède, on relève que le Dr N\_\_\_\_\_ n'a posé aucun diagnostic somatique avec répercussion sur la capacité de travail et a conclu, en présence des manifestations douloureuses du recourant lors de l'examen clinique et de ses propres observations, du recourant, notamment dans la rue, que seul un diagnostic de trouble somatoforme douloureux était pertinent. Cette conclusion est hâtive et peu motivée. Tout d'abord, l'expert ne donne en particulier pas d'explications sur l'observation du recourant dans la rue, et ce dernier a contesté, lors de son audition devant la chambre de céans, que l'expert ait

A/2954/2016 - 22/25 - pu l'observer lorsqu'il se déshabillait et se rhabillait. Ensuite, il apparaît incohérent de nier tout diagnostic somatique, tout en fixant des limitations fonctionnelles quant au port de charge, ainsi qu'aux mouvements répétés de la nuque et des bras et de conclure à l'incapacité de travail totale du recourant dans son ancienne activité. Ces limitations n'ont pas été reliées par l'expert au trouble somatoforme douloureux puisqu'il estime qu'une expertise psychiatrique est nécessaire pour connaître la répercussion du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de travail. Il apparaît ainsi contradictoire de nier tout diagnostic incapacitant et de retenir des limitations fonctionnelles somatiques, elles-mêmes incapacitantes. Au surplus, l'avis du Dr N\_\_\_\_\_ a été clairement contesté par les médecins intervenants. Le Dr R\_\_\_\_\_ (avis du 15 juin 2016), a estimé que le recourant présentait des cervicalgies invalidantes lesquelles ne permettaient pas l'exercice d'une activité adaptée à 100 %. Le Dr J\_\_\_\_\_ (avis du 16 avril 2013) a également émis un avis contraire à celui du Dr N\_\_\_\_\_ dès lors qu'il constate une capacité de travail du recourant de 50 %, avec une baisse de rendement de 50 %, dans une activité adaptée, compte tenu de cervicalgies chroniques et de limitations de la mobilité du rachis cervical. Quant au Dr I\_\_\_\_\_ (avis du 19 avril 2013) il a estimé qu'une capacité de travail dans une activité adaptée n'était possible que moyennant une régression douloureuse. Enfin, du point de vue psychiatrique, la Dresse P\_\_\_\_\_ a constaté qu'il n'existait pas de diagnostic psychiatrique, en particulier aucun syndrome douloureux somatoforme, conclusion qui va dans le sens contraire de celle du Dr N\_\_\_\_\_ en remettant sérieusement

en cause le raisonnement de celui-ci. Par ailleurs, le Dr R\_\_\_\_\_ (avis du 26 octobre 2016) a fait état d'une aggravation de l'état de santé du recourant par l'apparition d'irradiations douloureuses dans les membres supérieurs et d'une IRM du 27 septembre 2016 montrant une récurrence herniaire ; cette nouvelle symptomatologie est décrite comme présente « au cours des derniers mois », soit, contrairement à l'avis de l'intimé, possiblement antérieurement à la décision litigieuse du 18 juillet 2016 ; en outre une électroneuromyographie du 1er novembre 2016 a montré des signes corroborés par l'imagerie ; enfin cette nouvelle symptomatologie a entraîné la pratique de trois infiltrations (avis du Dr R\_\_\_\_\_ du 13 janvier 2017). Il apparaît ainsi nécessaire de procéder à une évaluation de la situation médicale du recourant, comprenant l'aggravation alléguée.

## **E. 15**

a. Le 20 septembre 2017, le Dr S\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise, complété le 12 décembre 2017. Fondé sur un examen du recourant du 27 mars 2017, sur les documents radiologiques, sur toutes les pièces du dossier et comprenant une anamnèse complète, la description des plaintes du recourant, un questionnaire Oswestry, un status très détaillé, des diagnostics précis, une discussion du cas

A/2954/2016 - 23/25 - approfondie et des conclusions claires et motivées, il répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Le Dr S\_\_\_\_\_ conclut à la présence de cervico-lombalgies chroniques non spécifiques persistantes entraînant d'importantes limitations fonctionnelles concernant les mouvements de la nuque, dans tous les quadrants, les activités manuelles en charge des membres supérieurs, même très légères, toutes les activités nécessitant des postures statiques touchant l'ensemble de la colonne vertébrale, en particulier en station debout, en station fixe de la nuque en flexion antérieure (par exemple travail à l'établi), toute activité demandant un minimum d'endurance cardio-vasculaire, de la marche au-delà de quelques centaines de mètres à un rythme rapide comme l'exige l'économie de marché, l'alternance rapide et imprévisible de mouvement d'aller-retour, l'extension flexion et l'extension flexion-rotation de la région lombaire. Le recourant ne présentait pas de majoration des symptômes et il existait une cohérence totale entre ses plaintes et les signes objectifs. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis septembre 2010, seul un travail en atelier protégé, dans le contexte d'un réentraînement au travail, pouvait être envisagé à un taux maximum de 25 % ; toute activité ne pouvait être envisagée à un taux supérieur ; enfin, une mesure médicale, sous la forme d'une prise en charge multidisciplinaire intensive, était nécessaire. b. Les critiques émises par l'intimé à l'égard du rapport de l'expert judiciaire ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de celui-ci. L'intimé rappelle que le Dr N\_\_\_\_\_ a retenu un diagnostic de trouble somatoforme douloureux, que la Dre P\_\_\_\_\_ a relevé des déplacements normaux du recourant et mentionné le fait que durant tout l'entretien il était confortablement assis et ne bougeait pas, que l'expert judiciaire a été amené à se positionner sur une éventuelle majoration de symptômes et sur la cohérence entre les plaintes et les signes objectifs, qu'il a retenu un syndrome douloureux chronique massif avec déconditionnement physique et psychologique et que le constat de sinistré du rachis n'est pas un diagnostic reconnu ; au vu de ce qui précède, l'intimé en conclut que l'expertise judiciaire est incomplète car elle ne comporte pas l'analyse des indicateurs standards de la jurisprudence du Tribunal fédéral. La chambre de céans constate que l'on peine à comprendre les critiques de l'intimé ; tout d'abord, le simple rappel des constatations et diagnostics du Dr N\_\_\_\_\_ n'est pas pertinent dès lors que la valeur

probante du rapport de celui-ci a été niée (ATAS/150/2017) ; ensuite la Dre P\_\_\_\_\_, que l'intimé cite, n'a justement pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ; à cet égard, l'expert judiciaire a, dans le même sens, considéré que l'ensemble du tableau était entièrement compatible avec la symptomatologie et expliquait la pérennisation de douleurs qui ne pouvaient être mises en doute (expertise p. 14) ; les symptômes douloureux étaient en cohérence avec les connaissances actuelles sur la

A/2954/2016 - 24/25 - chronicisation des troubles musculo-squelettiques ; le recourant ne présentait pas de majoration des symptômes et il existait une cohérence totale entre les plaintes et les signes objectifs (expertise p. 15) ; l'expert judiciaire a ainsi objectivé les douleurs du recourant ; en particulier le syndrome douloureux chronique massif avec déconditionnement physique et psychologique et probable kinésiophobie ne saurait être assimilé à un trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'une analyse des critères jurisprudentiel établis par le Tribunal fédéral en présence d'un trouble somatoforme douloureux ou une autre affection psychosomatique assimilée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014 du 3 juin 2015) n'est pas nécessaire ; enfin, la référence, dans les diagnostics, à une situation de sinistré du rachis du recourant, que l'expert explique sous point 4 du chapitre « observations ou suggestions utiles » (expertise p. 18), ne constitue pas le diagnostic incapacitant principal mais a été ajouté par l'expert à la suite des autres diagnostics, pour donner un tableau complet de la situation du recourant, de sorte qu'il n'est pas déterminant de savoir s'il relève d'un diagnostic reconnu par la CIM-10. Dans ces conditions il convient de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire, probantes.

#### **E. 16**

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le recourant est en incapacité de travail totale depuis septembre 2010, le taux maximum de travail de 25 % (avec des allègements) n'étant pas considéré comme exploitable dans l'économie libre, il ne saurait être pris en compte. Ainsi, au 1er septembre 2011, il a droit à une rente entière d'invalidité, son degré d'invalidité étant de 100 %, étant relevé que la condition posée à l'art. 29 al. 1 LAI est remplie, la demande de prestations ayant été déposée le 13 janvier 2011.

#### **E. 17**

En conséquence, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée ; il sera dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er septembre 2011.

#### **E. 18**

Vu le défaut manifeste de valeur probante de l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, une expertise judiciaire a été nécessaire, de sorte qu'il convient de mettre les frais de celle-ci de CHF 6'650.- à la charge de l'intimé.

#### **E. 19**

Enfin, vu l'issue du litige une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée au recourant, à charge de l'intimé, à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/2954/2016 - 25/25 - 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.