

## **GE\_GERICHTE ATAS/480/2016 vom 21. Juni 2016**

GE Cour de justice, 2016-06-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_480\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_480_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/480/2016 du 21 juin 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/480/2016 del 21 giugno 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

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 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. 10**

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit 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). 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 LPG), 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. 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).

A/3694/2015 - 26/31 - b. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. 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 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). b/bb. Dans la mesure où ils sont requis par la SUVA, les avis médicaux de la Clinique de réadaptation de Bellikon ne constituent pas des expertises de spécialistes indépendants de sorte que l'art. 44 LPGa n'est pas applicable (ATF 136 V 117 consid. 3.4). Il en va de même des avis médicaux de la Clinique romande de réadaptation. b/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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).

A/3694/2015 - 27/31 - L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). b/dd. Un rapport du SMR 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). c. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

## **E. 11**

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).

A/3694/2015 - 28/31 - b. 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle

expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, 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. 12

En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 ainsi que sur les brefs avis de son SMR pour octroyer des rentes limitées dans le temps au recourant et en faveur de ses enfants. La question qui se pose est dès lors celle de savoir si ces documents disposent d'une pleine valeur probante. a/aa. À titre liminaire, il y a lieu de relever que dans la mesure où il a été requis par la SUVA, le rapport de la CRR ne constitue pas une expertise au sens de l'art. 44 LPGA (voir ATF 136 V 117). Cela ne lui ôte cependant pas toute valeur probante. En effet, ni l'origine, ni la désignation ne sont déterminants pour la valeur probante d'un rapport médical, mais son contenu. Partant, il y a lieu d'examiner si ledit rapport répond aux réquisits jurisprudentiels en la matière. a/bb. Cela étant précisé, force est de constater que si les médecins de la CRR ont pris en considération les plaintes du recourant, qu'ils ont au demeurant brièvement résumées dans leur rapport du 15 octobre 2014, ils n'ont pas établi d'anamnèse de sorte qu'on ne sait pas s'ils ont eu accès à l'intégralité du dossier médical du recourant, celui-ci n'y étant pas résumé. Bien plus, des doutes subsistent à ce propos, dès lors que certains rapports d'imagerie, tels que l'IRM cervicale du 28 janvier 2011 ou encore le SPECT/CT du 16 janvier 2012, ne sont pas cités et que les atteintes mises en évidence lors de ces examens n'ont pas été prises en considération à titre de diagnostics. Ainsi en est-il des discopathies L1-L2 et L2-L3, lesquels ressortent du rapport relatif au SPECT/CT effectué le 16 janvier 2012 ou encore de la protrusion discale C5-C6 en contact avec la racine C6 droite associée à une surcharge facettaire et de la discopathie circonférentielle avec protrusion

A/3694/2015 - 29/31 - discale gauche à l'étage C6-C7, notamment, lesquelles ont été illustrées par l'IRM cervicale du 28 janvier 2011. Il existe également des doutes quant au caractère complet des examens effectués par les médecins de la CRR. En effet, dans le rapport du 15 octobre 2014, les médecins de la CRR ont fait état d'un trouble de l'humeur, toutefois insuffisant pour que le diagnostic d'état dépressif puisse être posé. Or, le rapport précité ne précise à aucun moment le nom du médecin ayant examiné le recourant. On ne sait donc pas si l'examen a été réalisé par un médecin spécialisé en psychiatrie, ce qui a une incidence sur la valeur probante du rapport (voir notamment arrêt du Tribunal fédéral 9C\_270/2007 du 12 août 2008 consid. 3.3). Le rapport ne détaille pas non plus les symptômes évoqués ainsi que les constatations objectives permettant d'arriver à la conclusion précitée. Or, deux mois auparavant, le Dr F\_\_\_\_\_ avait admis une capacité de travail de 50% en raison des troubles psychiques sur la base des appréciations du Dr I\_\_\_\_\_. Il paraît ainsi pour le moins surprenant que la situation ait évolué à tel point qu'il n'y ait plus aucun trouble psychique d'une intensité suffisante pour être incapacitant. La chambre de céans est également d'avis que les points litigieux importants du dossier n'ont pas fait l'objet d'une étude circonstanciée. En effet, les conséquences des atteintes dégénératives (rachis, hanche, épaule gauche) sur la capacité de travail n'ont tout simplement pas été examinées. En outre, il est surprenant qu'au vu de la persistance de douleurs importantes, prétendument non explicables sur le plan somatique, des investigations sur le plan psychique n'aient pas été menées afin de confirmer l'allégation

desdites douleurs par un diagnostic psychiatrique. Enfin, les conclusions des médecins de la CRR ne sont pas motivées. On ne sait ainsi pas pour quels motifs les plaintes et limitations fonctionnelles du recourant, s'agissant notamment du rachis, ne s'expliqueraient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour - alors qu'il est établi qu'il souffre d'atteintes radiculaires au niveau des lombaires - et pour quels motifs des facteurs contextuels (absence de qualifications professionnelles et éloignement du monde du travail depuis 2010) joueraient un rôle plus important, influençant défavorablement le retour au travail. En outre, on ne comprend pas non plus pourquoi les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR sont moins importantes à l'issue du séjour en 2014 (pas de port de charges répété de plus de 5 à 10 kg et pas d'activités nécessitant le maintien d'une position statique debout ou assise) qu'en 2011 (pas de port de charges au-delà de 10 à 15 kg, pas de travaux en porte-à-faux, pas de travail nécessitant des positions prolongées ni de travaux prolongés au sol ou imposant des mouvements de flexion-torsion du tronc), alors que l'état de santé du recourant s'est aggravé s'agissant du rachis avec l'apparition ou l'aggravation d'atteintes dégénératives et qu'une atteinte aux deux épaules est venue s'ajouter aux atteintes du rachis. Si le caractère lacunaire du rapport a implicitement été relevé par la Dresse R\_\_\_\_\_, laquelle a complété les limitations fonctionnelles retenues par la CRR en y incluant les suivantes afin de tenir compte de l'atteinte à

A/3694/2015 - 30/31 - l'épaule : pas de port de charges au-dessus de l'horizontale supérieures à 10 kg de manière fréquente et pas de mouvements répétitifs au-dessus de l'horizontal, le SMR n'en fait aucunement mention. a/cc. Compte tenu des considérations qui précèdent, force est de constater que le rapport de la CRR du 15 octobre 2014 est dénué de toute valeur probante de sorte que l'OAI ne pouvait se fonder sur lui pour fixer le taux d'invalidité et octroyer une rente limitée dans le temps, l'état de santé du recourant n'étant pas suffisamment instruit. b. S'agissant des brefs avis du SMR établis par le Dr S\_\_\_\_\_, force est de constater qu'ils ne contiennent aucune nouvelle conclusion médicale mais portent en réalité une appréciation sur celles déjà existantes et plus particulièrement sur les conclusions du rapport de la CRR du 15 octobre 2014, dont ils reprennent en substance les conclusions. Or, comme on l'a vu précédemment, le rapport de la CRR précité est dénué de toute valeur probante, étant notamment lacunaire. Dans ces circonstances, les brefs avis du SMR ne peuvent être pris en considération pour examiner la capacité de travail du recourant. c. Par conséquent, force est de constater que le dossier soumis à la chambre de céans a été instruit de manière sommaire et lacunaire par l'intimé. En effet, comme cela a été relevé ci-dessus, le rapport de la CRR ne se prononce à aucun moment sur les atteintes dégénératives dont souffre le recourant et l'aspect psychique n'a fait l'objet d'aucune instruction approfondie. La chambre de céans n'est ainsi pas en mesure, en l'état actuel du dossier, de tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur la capacité de travail. Dans ces circonstances, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour que celui-ci mette en place une expertise pluridisciplinaire, orthopédique et psychiatrique, laquelle devra se prononcer de manière circonstanciée sur toutes les atteintes dont souffre le recourant. Par ailleurs, il appartiendra aux experts nommés par l'intimé de s'adjoindre le cas échéant les services d'un neuropsychologue si le besoin s'en fait ressentir.

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et les décisions des 21 septembre 2015 seront annulées. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée 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]). Étant 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 200.-.

A/3694/2015 - 31/31 - 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.