

# **GE\_GERICHTE ATAS/568/2011 vom 31. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_568\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_568_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/568/2011 du 31 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/568/2011 del 31 maggio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

A/711/2010 - 8/14 - En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

#### **E. 4**

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité

#### **E. 5**

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 l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGa).

A/711/2010 - 9/14 - 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 (art. 7 LPGa). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI).

#### **E. 6**

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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

#### **E. 7**

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution

A/711/2010 - 10/14 - d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

## **E. 8**

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 125 V 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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

A/711/2010 - 11/14 - 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

## E. 9

Le recourant fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport d'expertise bidisciplinaire des Drs P \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_ dont il estime qu'il ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. Le recourant reproche en substance au rhumatologue d'avoir écarté le diagnostic de capsulose rétractile sans procéder à un examen radiologique, d'avoir sous-estimé ses problèmes cervicaux, d'avoir nié l'existence d'une instabilité ligamentaire alors qu'une postériorisation pathologique du diamètre de croisement a été mise en évidence et au psychiatre, d'avoir sous-estimé son état également en se basant uniquement sur le fait qu'il a préservé une certaine vie sociale. Enfin, il relève que son problème d'apnées du sommeil n'a pas été investigué. Il y a tout d'abord lieu de constater que le rapport d'examen des Drs P \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier. Quant à ses conclusions, dont la motivation a été encore complétée par les médecins en date du 19 octobre 2009 et au cours des enquêtes, elles apparaissent convaincantes. Les médecins se sont en particulier exprimés sur les différents reproches formulés par le recourant. S'agissant du scanner pratiqué le 1er juillet 2007 - dont les experts ont souligné qu'il était postérieur de sept mois à l'accident potentiellement responsable et antérieur de plus de dix-huit mois à leur expertise - ils ont expliqué qu'une postériorisation pathologique des diamètres de croisement au niveau C1-C2 telle que constatée peut effectivement correspondre à une instabilité ligamentaire mais que celle-ci n'a cependant pas été visualisée sur les ligaments les plus souvent incriminés. Qui plus est, les axes normaux en C0-C1 et les clichés fonctionnels radiographiques du 30 avril 2007 n'ont montré aucune instabilité. Enfin, les experts n'ont observé aucun signe clinique d'instabilité cervicale au moment de leur examen. Ces explications apparaissent convaincantes. Certes, le Dr M \_\_\_\_\_ a indiqué en audience que selon lui, une telle instabilité serait susceptible d'expliquer les douleurs ressenties, mais il a admis qu'il ne s'agissait là que d'une hypothèse très vraisemblable, ainsi que cela ressort d'ailleurs de l'examen pratiqué en 2007 qui conclut que la postériorisation constatée "peut correspondre à une instabilité ligamentaire". Or, il ressort des explications des experts que l'examen clinique et les radiographies ne permettent pas de valider cette hypothèse. Un nouvel examen

A/711/2010 - 12/14 - similaire à celui pratiqué en 2007 s'avère inutile dans la mesure où il ne pourra aboutir qu'à une nouvelle hypothèse, dont on a vu qu'elle n'a pu être vérifiée par d'autres biais. Quant à la capsulose rétractile des deux épaules révélée par l'échographie du 5 juin 2008 - dont les experts ont souligné qu'elle était antérieure de quatorze mois à leur examen - ils ont expliqué que ce type d'atteinte évolue et guérit dans un laps de temps variant entre six et dix-huit mois. L'examen clinique a permis de conclure à sa guérison, dans le cas de l'assuré, vu les rotations externes symétriques et normales à 80%. Quant à l'aspect infiltré des téguments et du tissu celluloso- graisseux sous-cutané, ils ont expliqué qu'il est souvent observé en cas de douleurs chroniques - dont ils ont souligné ne pas contester la réalité. Sur le plan psychique, les experts ont relevé que le Dr L \_\_\_\_\_ avait retenu en mai 2008 déjà le diagnostic d'épisode dépressif moyen et d'anxiété généralisée, qui contrastait déjà avec l'appréciation du Dr O \_\_\_\_\_ qui, quelques jours plus tard, avait conclu, lui, à une dysthymie. Les experts ont souligné qu'au moment de l'hospitalisation de l'assuré, en décembre 2008, les médecins avaient décrit une amélioration de la thymie, un meilleur élan vital, puis une évolution lentement favorable. L'expert psychiatre a expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il a écarté le

diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par le psychiatre traitant, expliquant qu'au vu de la description faite par ce dernier (thymie triste, rumination, anxiété importante, perte d'appétit, troubles du sommeil, difficultés à gérer le quotidien et à se projeter dans l'avenir), les critères de la CIM-

#### **E. 10**

ne sont pas remplis. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé que des symptômes tels que la perte d'appétit se basent sur une description subjective de l'assuré, description qui s'est cependant avérée peu fiable car souvent incohérente avec les éléments objectifs relevés lors de l'examen psychiatrique (l'expert a ainsi noté une prise de poids de l'assuré malgré la description d'une diminution de l'appétit, une participation de plus en plus active à l'examen et une maîtrise sans difficulté majeure des tests de concentration et d'attention malgré la diminution d'énergie alléguée ou encore le fait que l'assuré, qui se plaint d'un isolement social, décrit par ailleurs une vie quotidienne marquée par des rencontres régulières avec des amis de longue date ainsi que des relations de passage et des excursions). Quant aux difficultés à se projeter dans l'avenir décrites par le psychiatre traitant, le Dr Q\_\_\_\_\_ a dit avoir constaté quant à lui que, sous la condition d'une réponse positive à sa revendication aux prestations de l'AI, l'assuré était resté capable de se projeter dans l'avenir sans pessimisme. Enfin, il a rappelé que l'échelle de Hamilton sur laquelle le psychiatre traitant se base pour appuyer son diagnostic nécessite toujours la pose du diagnostic préalable d'état dépressif car sept des dix-huit critères se basent uniquement sur les déclarations subjectives de l'assuré. En conclusion, le Dr Q\_\_\_\_\_ a maintenu qu'en l'occurrence, le degré de gravité des symptômes dépressifs réactionnels de l'assuré ne dépasse pas celui d'un épisode dépressif léger. Ces explications apparaissent elles aussi convaincantes,

A/711/2010 - 13/14 - d'autant que les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_ rejoignent celles du Dr O\_\_\_\_\_ qui, lui aussi, avait conclu à une dysthymie. A cet égard on relèvera que les explications du psychiatre traitant le sont beaucoup moins, par exemple lorsqu'il justifie l'isolement social de son patient par le fait que seuls quelques amis lui sont restés fidèles et qu'il n'a plus les moyens financiers de sortir, éléments dont on voit mal quel est le rapport avec l'état psychique de l'intéressé. Enfin, les apnées du sommeil invoquées par le recourant ne nécessitent pas d'investigations complémentaires puisqu'elles ne sont aucunement contestées. Certes, tant le Dr M\_\_\_\_\_ que le Dr S\_\_\_\_\_ ont indiqué que ces troubles pouvaient avoir une influence sur l'état psychique de l'assuré. Cependant, force est de constater au vu des conclusions de l'expert psychiatre que cet état n'atteint pas un degré de gravité tel qu'il puisse être considéré comme invalidant. Quant au Dr T\_\_\_\_\_, il admet expressément que, d'un point de vue strictement neurologique, aucun déficit n'a pu être mis en évidence. Le seul élément auquel il se réfère est l'inflammation démontrée par l'échographie du 5 juin 2008 également observée par le Dr P\_\_\_\_\_, qui a néanmoins expliqué que l'aspect infiltré des téguments et du tissu cellulo-graisseux sous-cutané est souvent observé en cas de douleurs chroniques et ne saurait être considéré comme invalidant. Il suit de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé, se basant sur les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire, a conclu à une pleine capacité de travail du recourant hors des périodes d'arrêt reconnues par le SMR. En conséquence, le recours est rejeté.

A/711/2010 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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