

GE_GERICHTE ATAS/773/2017 vom 11. September 2017

GE Cour de justice, 2017-09-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_773_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/773/2017 du 11 septembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/773/2017 del 11 settembre 2017

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).

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 un quart de rente d'invalidité.

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,

- 17/29-

A/672/2016 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

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement

- 18/29-

A/672/2016 exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 8

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 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.

- 19/29-

A/672/2016

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).

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).

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 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).

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).

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

- 20/29-

A/672/2016 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).

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

- 21/29-

A/672/2016 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).

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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.

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

- 22/29-

A/672/2016 assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

E. 13

En l'espèce, la Chambre de céans a ordonné le 14 juillet 2016 une expertise rhumatologique en considérant ce qui suit : Le Dr G_____ a rendu une expertise le 9 décembre 2013 en concluant à une capacité de travail du recourant de 100%, notamment dans l'activité habituelle de chauffeur de bus. Cependant, au vu des rapports médicaux des Drs K_____, C_____ et L_____ attestant de lombalgie chronique persistante limitant la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, telle l'activité de chauffeur de bus, à 50% - 60%, ainsi que du constat que le recourant a dû réduire, dès janvier 2010, son taux d'activité à 80%, puis à 60%, en raison de ses problèmes de santé, comme attesté par l'employeur, il convient d'ordonner une expertise judiciaire rhumatologique, afin de déterminer la capacité de travail du recourant. A cet égard, la motivation du Dr G_____, sommaire, selon laquelle le diagnostic de lombalgies non spécifiques serait dû à une mauvaise condition physique et à une obésité, n'emporte pas la conviction, les épisodes de lombalgies du recourant étant survenus dès l'année 2001 (expertise D_____, p. 1), alors qu'il était en bonne santé habituelle et que, lors de l'examen par l'expert D_____ en avril 2003, il présentait un poids de 76,6 kg (expertise D_____, p. 3), soit environ 9 kg de moins que lors de l'examen du Dr G_____ (expertise G_____, p. 7).

E. 14

a. L'expertise du Dr M_____, du 24 novembre 2016, complétée les 15 et 23 juin 2017, fondée sur une anamnèse familiale et socioprofessionnelle très détaillée, des plaintes relatées de façon complète, la soumission du recourant à deux questionnaires (Start Back et Oswestry), un diagnostic clair et bien étayé ainsi qu'une littérature scientifique médicale concernant la lombosciatalgie chronique, répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit conféré une pleine valeur probante. En particulier, même si l'expert a examiné les critères posés par l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 en matière de douleurs somatoformes - alors qu'en l'espèce un diagnostic de troubles somatoformes douloureux, de fibromyalgie ou d'une atteinte assimilée n'est pas présent - n'est pas déterminant, les diagnostics étant clairement posés ainsi que les limitations fonctionnelles justifiant la capacité de travail réduite précisément décrites. L'expert a d'ailleurs motivé l'examen de ces indicateurs en se référant aux directives de la société suisse de rhumatologie, laquelle mentionnait la CIF comme système de référence pour les expertises, celle-ci impliquant elle-même la recherche des alertes biopsychosociales. À cet égard, l'examen des facteurs de risque influençant un processus de chronicisation, auxquels se réfère l'expert (une pathologie psychiatrique avérée,

- 23/29-

A/672/2016 des facteurs de risques psychosociaux individuels et spécifiques à l'individu, des facteurs de risques professionnels et des facteurs de risque contextuel) permettent de mieux comprendre l'évolution et la chronicisation de l'atteinte chez le recourant mais n'enlèvent pas le caractère objectivable de l'atteinte décrite par l'expert ; en particulier l'expert a expliqué que se retrouvaient aussi bien à l'examen clinique qu'à l'imagerie médicale les lésions dégénératives lombaires étagées avec discopathies, micro-instabilité et atteinte irritative neurologique au décours, dysbalances musculaires étagées sur hypoextensibilité de la musculature posturale et affaiblissement de la musculature phasique.

Il existait aussi des limitations douloureuses de certains mouvements, une gestuelle anormale en raison de douleurs conduisant à une surcharge de l'appareil locomoteur, un déconditionnement physique et une obésité (expertise M_____ p. 22). L'expert a évalué précisément la capacité de travail du recourant en retenant que l'activité de chauffeur de bus exercée à 60 % allait au-delà des forces du recourant car elle entraînait systématiquement une récurrence des douleurs et qu'elle devrait être exercée au maximum à 50 %, une activité adaptée étant par ailleurs exigible également à 50 %, comme expliqué dans le rapport d'expertise (expertise M_____ p. 26) et dans son complément du 23 juin 2017. À cet égard, l'expert n'a finalement pas confirmé un taux d'activité de 60 % dans une activité adaptée, mais bien un taux de 50 %, en retenant que ce taux était susceptible d'augmenter par un traitement adéquat aussi bien pour l'activité habituelle que pour une activité idéale (expertise M_____ p. 26), qu'il était d'accord avec l'estimation d'une capacité de travail de 50 % établie par le Dr L_____ (expertise M_____ p. 27) et que les limitations dans toute activité étaient susceptibles de diminuer après mise en route des mesures préconisées et de permettre la récupération d'une capacité de travail de plus de 50 % (complément d'expertise du 23 juin 2017). S'agissant du point de départ de cette incapacité de travail, l'expert a confirmé le fait que la diminution du taux de travail du recourant à 60 % dès le 1er juin 2011 était exclusivement due à son atteinte à la santé, de sorte qu'il a considéré que l'incapacité de travail était de 40 % dès le 1er juin 2011 mais, compte tenu du fait que le recourant travaillait au-dessus de ses forces, de 50 %. L'expert rejoignait les avis des Drs K_____ ET L_____ mais n'était pas d'accord avec l'expertise du Dr G_____ en raison de critiques émises à l'encontre de celle-ci concernant l'anamnèse douloureuse, l'examen physique, le commentaire des examens radiologiques, la discussion et la proposition d'un examen psychiatrique (expertise M_____ p. 6-7).

- 24/29-

A/672/2016 L'expert a proposé une prise en charge médicale du recourant laquelle pourrait permettre une augmentation de l'activité habituelle ou d'une activité adaptée (relativement sédentaire, sans charges au niveau du rachis lombaire) à un taux qui pourrait atteindre le 100 %. Enfin, il a précisé le 23 juin 2017 les limitations fonctionnelles et expliqué que l'activité actuelle à 60 % entraînait des douleurs et conduirait à une aggravation des limitations et que la symptomatologie douloureuse – dont la persistance entraînerait vraisemblablement une dégradation systématique de l'état de santé par l'émergence de phénomènes de sensibilisations douloureuses des systèmes nerveux centraux et périphériques – ne permettait pas une activité de plus de 50 %. b. Les critiques émises par le SMR ne sont pas à même de mettre en doute les conclusions de l'expertise judiciaire. L'expert y a d'ailleurs répondu en les écartant de façon circonstanciée et convaincante : L'atteinte radiologique a été jugée par le SMR de légère à modérée avec une traduction clinique très modeste ; l'expert a au contraire expliqué que la confrontation du tableau radiologique avec l'anamnèse et le status clinique allait bel et bien dans le sens d'une micro-instabilité segmentaire lombaire basse, de sorte que ce diagnostic pouvait être posé ; par ailleurs la traduction clinique très modérée était affirmée par le SMR sans motifs, les médecins traitants et l'expert ayant constaté le contraire ; l'expert a rappelé que les images radiologiques correspondaient à des lésions dégénératives significatives, ce qui était loin de lésions légères à modérées (complément d'expertise M_____ du 15 juin 2017, p. 4-5). On ne pouvait conclure que le recourant ne travaillait pas au-dessus de ses forces et qu'il pourrait travailler à 100 % dans une activité adaptée, comme le disait le SMR. L'expert a

relevé qu'il n'avait pas indiqué qu'il existait à la lecture de l'IRM du 20 septembre 2013 des signes d'atrophie graisseuse du psoas, comme le prétendait le SMR, mais avait relevé une infiltration graisseuse du multifidus, que sur le plan clinique il avait effectué une manœuvre de Lasègue afin de tester la rétractation de la musculature postérieure expliquant la réponse douloureuse en barre au niveau lombaire sans aucune irradiation à distance, et non pas une recherche spécifique du signe de Lasègue, et que son examen n'était pas lacunaire car le test de Schober proposé par le SMR n'était pas pertinent (complément d'expertise du 15 juin 2017, p. 5). Le diagnostic de dysbalances musculaires reposait sur la constatation de raccourcissements musculaires au niveau du secteur lombo-pelvi-bicrural entraînant une surcharge musculo-squelettique quotidienne en concordance

- 25/29-

A/672/2016 totale avec les plaintes de l'assuré ; le SMR se contredisait en affirmant que ses dysbalances musculaires favorisaient l'apparition de lombalgies tout en disant qu'en aucun cas elles ne signaient une quelconque gravité de l'atteinte rachidienne (complément d'expertise du 15 juin 2017, p. 6). L'expert a relevé les incohérences du SMR concernant la critique du diagnostic de kinésiophobie en démontrant que le fait que le recourant se soit accroupi pendant l'examen n'était pas pertinent ; il a contesté le raccourci que le SMR avait effectué en affirmant que l'atteinte était faible à modérée puisque le recourant ne prenait pas de médication antalgique, en expliquant que le recourant souhaitait éviter les effets secondaires des médicaments, en particulier en raison de son activité de conducteur et que les contraintes d'un travail sur ordinateur n'étaient à l'évidence pas les mêmes que dans une activité professionnelle (complément d'expertise du 15 juin 2017, p. 7). Il a contesté l'affirmation du SMR selon laquelle le recourant ne manifestait aucune motivation, en relevant qu'elle n'était pas démontrée et qu'elle ne correspondait pas à son constat, qu'au surplus la situation n'était pas stabilisée et qu'elle était susceptible de s'aggraver dans un proche avenir, que par ailleurs le traitement préconisé méritait d'être tenté sans qu'on doive a priori l'écarter en faisant valoir une absence de certitude d'amélioration. Il a relevé qu'il n'était pas sorti de son champ de compétence en évoquant une pathologie psychiatrique, ce qu'il convient de confirmer au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle on ne saurait écarter les éléments de nature psychiatrique que l'expert rhumatologue intègre dans sa réflexion (ATF du 30 septembre 2015, C_746/2014). Comme relevé par l'expert, la critique du SMR selon laquelle celui-ci n'aurait ni analysé ni confronté les éléments objectifs avec les plaintes subjectives tombe à faux, l'expertise fournissant une appréciation très détaillée du cas, en particulier une analyse minutieuse des documents radiologiques (expertise M_____, p. 2-6), un status dirigé, des examens complémentaires par le biais de questionnaires, éléments ayant motivé la pose des diagnostics (expertise M_____, p. 14-16). c. Au vu de ce qui précède, il convient de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire, probante et de considérer que le recourant présente une capacité de travail de 50 % dans toute activité dès le 1er juin 2011.

E. 15

Il convient de calculer le degré d'invalidité du recourant. Dans la mesure où le recourant a effectivement travaillé à 60 % depuis le 1er juin 2011 et perçu un revenu afférant à ce taux de travail, il convient de calculer le degré d'invalidité du recourant au 1er juin 2012 en fonction de la perte de gain occasionnée par l'incapacité de travail, soit une incapacité de travail de 40 % et

A/672/2016 non pas en fonction de l'évaluation d'une capacité de travail de 50 %. En effet, l'invalidité est une notion économique et non médicale ; les critères médico- théoriques ne sont pas déterminants, mais la répercussion de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATF 114 v 314) ; ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminée par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il impose d'évaluer (ATF 110 V 275 ; arrêt du TF du 29 mars 2005 I 236/04). En l'occurrence, compte tenu du fait que le recourant a maintenu son activité antérieure et qu'une activité adaptée n'est pas exigible à un taux supérieur, le degré d'invalidité doit être calculé en se fondant sur le revenu de chauffeur de bus avant et après invalidité, de sorte qu'il est de 40 %, ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité. La demande de rente d'invalidité étant tardive (le 2 juillet 2012) (art. 29 al. 1 LPGA), le droit à la rente n'est ouvert que depuis le 1er janvier 2013. Si le recourant devait réduire son activité à 50 %, comme le préconise l'expert, il lui incombera de déposer auprès de l'intimé une demande de révision de son droit à la rente d'invalidité.

E. 16

Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. En l'occurrence, il incombera à l'intimé d'examiner si une mesure médicale, telle que préconisée par l'expert, est exigible, en concertation avec les médecins traitants du recourant. Enfin, une mesure de réadaptation n'est, en l'état, pas justifiée, le recourant étant apte à exercer son activité habituelle à 50%.

E. 17

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

A/672/2016 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 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). En l'espèce, vu le défaut de valeur probante de l'expertise du Dr G_____ (cf. consid. 13 et 14), une expertise judiciaire a été nécessaire, de sorte qu'il convient de mettre les frais de celle-ci de CHF 10'750.- [soit CHF 8'000.- (rapport d'expertise du 24 novembre 2016) + CHF 2'750.- (complément d'expertise du 15 juin 2017)] à la charge de l'intimé.

- 28/29-

A/672/2016

E. 18

Partant, le recours sera admis partiellement, la décision litigieuse annulée et il sera dit que le recourant a droit à un quart de rente d'invalidité depuis le 1er janvier 2013.

E. 19

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé. Enfin, une indemnité de CHF 4'000.- sera allouée au recourant, à charge de l'intimé.

- 29/29-

A/672/2016 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.