

# **GE\_GERICHTE ATAS/793/2011 vom 30. August 2011**

GE Cour de justice, 2011-08-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_793\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_793_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/793/2011 du 30 août 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/793/2011 del 30 agosto 2011

## **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; RS 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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

### **E. 4**

L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité. Le refus d'octroi de mesures d'ordre professionnel n'est en revanche pas litigieux, si bien qu'il ne sera pas examiné dans le cadre du présent recours.

### **E. 5**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de

A/1068/2011 - 12/18 - travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

## **E. 6**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133, consid. 2). b) 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 LPGGA), 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. À cet égard, il convient 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 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) 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

A/1068/2011 - 13/18 - 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 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) La garantie constitutionnelle du droit

d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d).

## **E. 7**

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit,

A/1068/2011 - 14/18 - mais apportant un soulagement du point de vue psychique (ATF 9C\_711/2010 du 18 mai 2011, consid. 5.1; ATF 132 V 65, consid. 4.2.2). Le Tribunal fédéral a ainsi admis que les critères permettant de déterminer le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux est également applicable en matière de fibromyalgie (ATF 132 V 65), du syndrome de fatigue chronique (ATF 9C\_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3); I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATF I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi que de troubles moteurs dissociatifs (ATF 9C\_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4). L'égalité de traitement commande de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATF I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5).

## **E. 8**

En l'espèce, l'expertise réalisée par les médecins de la CRR satisfait en tous points aux réquisits jurisprudentiels développés ci-dessus. Elle se fonde en effet sur l'étude du dossier médical du recourant, relate les plaintes du recourant et contient une anamnèse. Les experts ont également procédé à des examens cliniques complets et leurs conclusions, à l'instar de leurs diagnostics, sont claires et convaincantes. On ajoutera que les résultats de l'expertise,

à tout le moins au plan somatique, sont identiques aux constatations des médecins consultés au préalable par le recourant. En effet, le Dr L \_\_\_\_\_ notait dans son rapport d'octobre 2007 qu'il ne trouvait pas d'explication aux douleurs de l'assuré. Telle était également la conclusion du Dr O \_\_\_\_\_ en décembre 2007. Le Dr R \_\_\_\_\_, s'il a fait état dans son rapport de novembre 2008 du lâchage du membre inférieur gauche de l'assuré, n'a pas indiqué son étiologie. Du point de vue neurologique, l'ENMG réalisé par la Dresse S \_\_\_\_\_ en février 2009 n'a pas non plus mis en évidence d'atteinte radiculaire déficitaire pouvant expliquer les symptômes du recourant. Quant à la Dresse T \_\_\_\_\_, elle a conclu à l'origine psychiatrique et non neurologique des troubles du recourant. S'agissant des rapports de la Dresse P \_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant, ils ne suffisent pas à remettre en question les conclusions de l'expertise. En effet, ils ne font pas état de diagnostics que les experts auraient ignorés. En ce qui concerne l'aggravation alléguée à la suite de l'accident de scooter survenu en janvier 2009, il faut souligner qu'un traumatisme crânien a été exclu par le Dr W \_\_\_\_\_ et qu'aucun document médical ne fait état d'une atteinte organique particulière à la suite de cet accident. Les douleurs du recourant ont de plus diminué dans une large mesure dès l'été 2009 grâce à l'instauration d'un traitement médicamenteux adéquat, comme cela ressort de ses propres déclarations aux experts et des attestations de la Dresse U \_\_\_\_\_. Enfin, l'argument de la Dresse P \_\_\_\_\_ selon lequel l'absence de diagnostic ne permet pas de nier les souffrances du recourant tombe à

A/1068/2011 - 15/18 - faux. Il n'est pas contesté que le recourant ressent des douleurs. Cependant, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATF I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b).

## **E. 9**

Conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus, il y a dès lors lieu de déterminer si les critères permettant de conclure au caractère invalidant de douleurs en l'absence d'observations médicales concluantes sur le plan somatique sont réunis en l'espèce. Selon les conclusions du Dr A \_\_\_\_\_, le recourant ne présente pas d'état dépressif majeur, mais uniquement un état dépressif moyen en rémission. Ce diagnostic n'est d'ailleurs pas remis en question par la Dresse U \_\_\_\_\_ dans son attestation du 1er avril 2010, ni dans celle du 30 juin 2011 où cette praticienne admet une amélioration de l'état dépressif. Or, selon la doctrine médicale sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF I 497/04 du

## **E. 12**

septembre 2005, consid. 5.1). Ce diagnostic ne suffit ainsi pas à admettre que les douleurs du recourant sont invalidantes. Quant aux traits de personnalité à trait immature (F60.8) et de majoration de symptômes (douloureux et fonctionnels) pour motifs psychologiques (F68.0), ils ne constituent pas de comorbidité grave puisque le Dr A \_\_\_\_\_ a souligné leur faible effet incapacitant. Le Tribunal fédéral considère d'ailleurs qu'un trouble mixte de la personnalité (de type immature et dépendant), même accompagné d'un état dépressif

d'intensité moyenne, ne constitue pas une comorbidité psychiatrique importante (ATF 580/04 du 4 février 2006, consid. 2.4). Quant aux autres critères, la Cour de céans constate qu'ils ne sont pas non plus remplis. Les problèmes de santé de l'assuré sont en effet relativement récents puisqu'ils datent de l'été 2007. D'ailleurs, selon les déclarations du recourant, des douleurs ont diminué depuis la prise d'Efexor® et son état psychique s'est également considérablement amélioré. L'évolution favorable des troubles du recourant permet ainsi d'exclure un état cristallisé. Le recourant ne présente par ailleurs pas d'autres affections corporelles chroniques. Il ne s'est pas non plus plaint auprès du Dr A\_\_\_\_\_ d'une dégradation de sa vie de famille, qui permettrait de considérer qu'il subit un retrait social. Pour le surplus, on ne voit pas en quoi les conclusions du Dr A\_\_\_\_\_ sont en contradiction avec celles de l'expertise. Il a en effet expressément indiqué que l'incidence des traits de personnalité immature sur la capacité de travail était très

A/1068/2011 - 16/18 - faible. Si ce diagnostic rend plus difficile une réinsertion professionnelle – ce que reconnaît l'expert, il ne s'agit pas pour autant d'un obstacle insurmontable. Ces traits de personnalité existent d'ailleurs depuis le début de l'âge adulte, comme le souligne à juste titre l'intimé, et n'ont pas empêché le recourant d'exercer une activité professionnelle jusqu'à la survenance des douleurs qu'il invoque. Le simple fait que le recourant ne soit pas intellectuellement en mesure d'envisager une origine autre que physique à ses douleurs, notamment en raison de ses traits de personnalité, ne suffit pas pour conclure à l'inexigibilité d'un effort de volonté. Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des experts, qui emportent la conviction. Il y a donc lieu d'admettre que le recourant a subi une incapacité de travail complète de juillet 2007 au 6 avril 2008, puis de 50 % du 7 avril 2008 au 19 janvier 2009. Dès le lendemain, l'incapacité de travail a à nouveau été totale jusqu'à la fin du mois d'août 2009. Dès cette date, le recourant était à nouveau en mesure d'exercer son ancienne profession à raison de 70 % au moins. On notera, s'agissant de la capacité de travail dès janvier 2009, que l'intimé n'a pris en considération dans sa décision qu'une incapacité de travail de 50 % dès cette date. Or, les experts se sont expressément référés aux incapacités médicalement attestées, en tenant notamment compte de l'incapacité totale de travail dès janvier 2009 selon les certificats de la Dresse P\_\_\_\_\_ qu'ils avaient en leur possession. La décision de l'intimé se révèle donc erronée sur ce point. Le droit à la rente naît à l'issue du délai de carence d'une année prévu par l'art. 28 al. 1er LAI. C'est donc dès le mois de juillet 2008, date à laquelle le recourant avait recouvré une capacité de travail de 50 %, que naît le droit à une demi-rente d'invalidité. Compte tenu de l'incapacité totale retenue à la suite de son accident de scooter jusqu'à l'amélioration de son état en août 2009, il a droit à une rente entière d'invalidité dès janvier 2009. En vertu de l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En l'occurrence, c'est donc trois mois après que le recourant a recouvré une capacité de travail d'au moins 70 % dans son activité habituelle, soit fin novembre 2009, que s'éteint le droit à la rente. 10. Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis. L'intimé versera au recourant une indemnité de dépens, qu'il convient de fixer à 1'500 fr. Il supporte également l'émolument de 200 fr. (art.

69 al. 1bis LAI).

A/1068/2011 - 17/18 -

A/1068/2011 - 18/18 - 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.