

GE_GERICHTE ATAS/822/2012 vom 20. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_822_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/822/2012 du 20 juin 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/822/2012 del 20 giugno 2012

Erwägungen

E. 20

Le 14 juin 2010, l'assuré est entendu par la SUVA. Il déclare notamment que son épouse est en arrêt total de travail depuis le 23 mai 2008 pour des raisons médicales. L'évolution des troubles de l'assurés du côté droit est défavorable. Les douleurs partent depuis le talon et montent jusqu'au crâne. Elles sont permanentes, nuit et jour. La mobilité des membres du côté droit est fortement limitée. L'assuré ne peut se déplacer que sur des courtes distances en évitant de prendre appui sur sa jambe droite. Il ne peut pas rester trop longtemps en position assise et doit fréquemment alterner les positions. Au niveau de la main droite, il ressent des fourmillements et des douleurs permanentes. Il y a également un manque de force et de sensibilité de la main droite. A cela s'ajoutent des maux de têtes permanents du côté droit, apparus en octobre 2007. Cela l'empêche de se concentrer et engendre un manque d'attention.

E. 21

Le 15 novembre 2010, l'assuré fait l'objet d'un examen psychiatrique et rhumatologique par les Drs H_____, psychiatre, et I_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecins au SMR. Ils posent les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombosciatalgies droites séquellaires, associé à un status après cure de hernie discale, au matériel discal L5- S1 dans un tissu cicatriciel au contact de la racine S1 à droite et à une discopathie L4-L5 sans conflit disco-radicaire, ainsi que des pines calcanéennes à droite avec fasciite plantaire. Le diagnostic de majoration de symptômes physiques est sans répercussion sur la capacité de travail. Il n'y a pas de limitation dans les amplitudes articulaires, hormis celles mises en œuvre par une attitude oppositionnelle avec contre-pulsions dans un contexte algique. Quant aux hypoesthésies et dysesthésies touchant l'ensemble de l'hémicorps droit, il n'y a pas de trouble au piquer/toucher, de troubles de la paresthésie ou de troubles du sens positionnel. L'assuré présente 5/5 signes selon Waddell en faveur d'un processus de type non organique et 2/2 selon Kummel. Il n'y a pas de signe selon Smythe en faveur d'une fibromyalgie. L'examen clinique met en évidence essentiellement des signes de majoration et d'amplification. La globalité de symptômes mis en avant par l'assuré ne peut pas s'expliquer par la pathologie objective et s'inscrit dans un processus de majoration des plaintes. La capacité de travail dans toute activité à caractère semi-sédentaire, permettant les variations de position et le port de charges faibles, est possible à un taux de 100% au plus tard six mois après l'intervention chirurgicale subie en juin 2007. Par ailleurs, les plaintes douloureuses ne semblent pas avoir de répercussion sur la prise en charge des enfants. Etant donné que les symptômes physiques étaient initialement compatibles avec un substrat organique, un trouble somatoforme douloureux n'est pas retenu. Quant aux limitations, l'assuré ne doit pas porter des charges supérieures à 7,5 kg de façon répétitive et occasionnelle au-delà de 10 kg. Il

A/1151/2012 - 7/16 - doit éviter les positions en porte-à-faux et en ante flexion du rachis contre résistance de façon répétitive, ainsi que la position assise prolongée au-delà d'une demi-heure, sans possibilité d'alterner les positions assise/debout au minimum deux fois par heure, les activités sur terrain instable, la position statique debout immobile de type piétinement et les activités en hauteur. Le périmètre de marche est limité à environ une heure.

E. 22

Du 25 au 27 janvier 2011, l'assuré est hospitalisé à la CRR en vue de son évaluation interdisciplinaire par le Dr J_____, psychiatre, le Dr K_____, neurologue, et par Mme U_____, physiothérapeute. Dans l'évaluation interdisciplinaire du 25 janvier 2011, les médecins émettent les diagnostics primaires de lombo-pygalgies droites chroniques sur status après contusion lombaire et après discectomie. Les comorbidités sont une fasciite plantaire droite, un tabagisme chronique et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les douleurs de l'hémicorps droit dont se plaint le recourant ne comportent pas d'éléments spécifiques. Le recourant a progressivement renoncé à tous les traitements et se contente actuellement d'un comprimé de Dafalgan d'un gramme très sporadiquement. La physiothérapie ne lui a amené aucun bénéfice, ni les infiltrations. Surtout en début d'entretien et d'examen, il manifeste un comportement très démonstratif. Les diverses modalités par lesquelles il manifeste sa douleur s'estompent au fil de l'investigation (disparition de la boiterie, du tremblement du membre supérieur droit). Une mesure précise des limitations rachidiennes est impossible, le recourant verrouillant la région lombaire ou opposant une contre-pulsion musculaire volontaire à toute tentative de mobilisation passive du rachis. L'examen neurologique spécialisé ne relève aucun signe de latéralisation, ni d'atteinte radiculaire ou tronculaire. Le tremblement relevé à l'épreuve des bras tendus et fléchis n'a pas l'allure d'un tremblement essentiel ni parkinsonien et peut être considéré comme fonctionnel. L'évaluation de ses capacités fonctionnelles par la physiothérapeute ne permet que de mettre en exergue les incohérences, l'assuré s'employant à démontrer qu'il ne peut exercer aucune activité, exigeant le plus léger des efforts. Selon les experts, ce sont ainsi principalement des facteurs psychiques qui sont responsables de la mauvaise évolution clinique et de la désinsertion professionnelle. L'évaluation psychiatrique ne débouche sur aucune singularité atteignant le seuil d'un trouble, hormis un trouble somatoforme douloureux, diagnostic admis plutôt par exclusion et pour satisfaire à une classification reconnue. Le pronostic d'un retour au travail est catastrophique selon les experts, tous les signaux d'alerte psychosociaux étant élevés, à savoir douleurs cotées à un haut degré d'intensité, durée de l'incapacité de travail de plusieurs années, appréciation désastreuse de ses propres aptitudes, implication dans les évaluations très faible, différents bilans grevés d'incohérences et score intermed témoignant d'une énorme complexité biopsychosociale. Néanmoins, il n'y a pas actuellement pas d'obstacle médical ni de contre-indication à une tentative de reprise professionnelle, même dans l'ancienne activité de steward.

A/1151/2012 - 8/16 -

E. 23

Le 11 août 2011, l'OAI détermine la perte de gain à 14,85%, en admettant un rabatement de 15% des salaires statistiques retenus à titre de salaire d'invalidé.

E. 24

Le 17 août 2011, l'OAI fait savoir à l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser une rente invalidité et des mesures professionnelles.

E. 25

Par courrier du 22 septembre 2011, reçu le 26 suivant, l'assuré conteste ce projet, par l'intermédiaire de son conseil. Il relève que les conclusions des médecins du SMR ne correspondent pas à l'avis de ceux de la CRR. Cette dernière a en effet retenu un trouble somatoforme douloureux, alors que les médecins du SMR l'accusent de simulation. Il conteste par ailleurs que les douleurs comprenant tout l'hémicorps droit n'aient pas d'influence sur la capacité de travail. Au contraire, le Dr A_____ l'a considéré incapable de travailler à 100% au vu de ces douleurs. Or, ce médecin le suit depuis 2007.

E. 26

Par décision du 26 octobre 2011, l'OAI confirme son projet de décision, mais l'annule le lendemain, au vu de la réception des observations concernant le projet de décision à la date de la décision.

E. 27

Dans son avis médical du 22 novembre 2011, le SMR constate qu'il n'y a aucune différence entre l'expertise de la CRR et l'examen bidisciplinaire au SMR sur le plan somatique, l'assuré pouvant travailler dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, même en retenant un trouble somatoforme douloureux, cette atteinte ne présente pas un caractère invalidant, les critères jurisprudentiels n'étant pas réalisés.

E. 28

Par décision du 6 mars 2012, l'OAI confirme le projet de décision précité.

E. 29

Par décision du 10 avril 2012, la SUVA accorde à l'assuré une rente d'invalidité correspondant à un degré d'incapacité de gain de 10%, dès le 1er novembre 2010. Elle relève qu'il ressort de ses investigations que l'assuré est à même d'exercer une activité avec des sollicitations variées sans port de charges de plus de 30 kg.

E. 30

Par acte posté le 20 avril 2012, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% au moins, sous suite de dépens. Préalablement, il demande son audition, ainsi que celle du Dr A_____. Il requiert également la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale. Il estime qu'il ne peut pas travailler, même dans une activité adaptée, en se fondant en particulier sur les réponses du Dr A_____ aux questions de son mandataire en juillet 2009, en ce que ce médecin a considéré que le pronostic concernant son état de santé n'était pas favorable, au vu de la persistance des douleurs en dépit des traitements. Il remet également en cause la valeur probante de l'examen bidisciplinaire du SMR, en ce que celui-ci n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, contrairement à la CRR. Les médecins de ce service lui ont reproché à tort une simulation, alors qu'il souffre A/1151/2012 - 9/16 - énormément et qu'il n'a fait preuve d'aucune exagération dans ses douleurs. Celles-ci ont une répercussion très conséquente sur sa vie familiale et sociale, laquelle est devenue très limitée, voire inexistante. Elles l'empêchent en outre de travailler dans le marché primaire.

E. 31

Dans son préavis du 8 mai 2012, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève notamment que les conclusions de la SUVA, retenant un taux d'invalidité de 10%, ne sont pas diamétralement divergentes des siennes quant au taux d'invalidité. En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux, le recourant ne remplit en tout état de cause pas les critères jurisprudentiels pour reconnaître à cette atteinte un caractère invalidant.

E. 32

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité. 4. 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. 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). 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).

A/1151/2012 - 10/16 - 5. 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; ATF A non publié 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 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2) 6. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, 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). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la

A/1151/2012 - 11/16 - personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). 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, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49, consid. 1.2). 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). 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

A/1151/2012 - 12/16 - 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 125 V 351, consid. 3). c) 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. 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 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. 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

A/1151/2012 - 13/16 - 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 n° 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). d) 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). 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) 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 (Cst - RS 101; 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). 8. En l'espèce, le recourant a fait l'objet notamment d'un examen bidisciplinaire au SMR en novembre 2010 et d'une expertise à la CRR en janvier 2011. Selon les médecins du SMR, il souffre d'une lombosciatalgie droite sur un status après cure de hernie discale, matériel discal L5-S1 dans du tissu cicatriciel en contact de la racine S1 à droite et après discopathie L4-L5 sans conflit disco-radulaire. A cela s'ajoute une épine calcanéenne à droite avec fasciite plantaire. Sur le plan psychiatrique, les médecins du SMR retiennent une majoration des symptômes physiques, laquelle est sans répercussion sur la capacité de travail. Concernant ce

A/1151/2012 - 14/16 - diagnostic, il convient cependant de relever qu'il ne signifie pas que le recourant simule les douleurs, les amplifications pouvant être inconscientes, comme cela ressort de la définition de ce diagnostic donné à la p. 8 du rapport relatif à l'examen bidisciplinaire du SMR. Dans le cadre de son examen à la CRR, le recourant a fait l'objet d'une évaluation psychiatrique par le Dr J_____, d'un examen neurologique par le Dr K_____ et d'une évaluation des capacités fonctionnelles par Mme U_____, physiothérapeute. Le diagnostic primaire des experts est une lombo-pygialgie droite chronique sur status après contusion lombaire et après discectomie. Les comorbidités sont une fasciite plantaire droite, un tabagisme chronique et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les douleurs de l'hémicorps droit dont se plaint le recourant ne comportent pas d'éléments spécifiques. Le recourant a manifesté un comportement très démonstratif au début de l'examen, mais au fil des investigations la boiterie et le tremblement du membre supérieur droit ont disparu. Une mesure précise des limitations rachidiennes était impossible en raison du comportement du recourant. Lors de l'évaluation

de ses capacités fonctionnelles, il s'est employé à démontrer qu'il ne pouvait exercer aucune activité, même celles exigeant le plus léger des efforts. Selon les experts, ce sont ainsi principalement des facteurs psychiques qui sont responsables de la mauvaise évolution clinique et de la désinsertion professionnelle. Quant au trouble somatoforme douloureux, ce diagnostic a été retenu plutôt par exclusion. Il ressort de cette expertise, ainsi que de l'examen bidisciplinaire du SMR que, objectivement, le recourant est capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. Ces deux examens remplissent par ailleurs les critères jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante, dans la mesure où ils ont été rendus en connaissance du dossier médical, prennent en considération les plaintes du recourant, et sont fondées sur un examen approfondi du recourant. Certes, il y a une divergence dans les diagnostics entre les experts de la CRR et les médecins du SMR, dans la mesure où les premiers retiennent également un trouble somatoforme douloureux. Toutefois, il convient de relever en premier lieu que ce diagnostic n'a été émis que par exclusion (p. 8 expertise de la CRR). En outre, les critères jurisprudentiels susmentionnés pour attribuer à cette atteinte un caractère invalidant ne sont à l'évidence pas remplis, notamment en l'absence d'une comorbidité psychiatrique et compte tenu du comportement démonstratif affiché par le recourant lors de l'examen. Ce diagnostic ne change donc rien à l'appréciation de la capacité de travail du recourant. Par ailleurs, les Drs F_____ et G_____ de la SUVA estiment également que le recourant peut exercer une activité professionnelle à 100%. Tel est aussi l'avis du Dr A_____, médecin traitant du recourant, contrairement à ce qu'allègue ce dernier. En effet, dans les réponses que ce médecin a donné au conseil

A/1151/2012 - 15/16 - du recourant en juillet 2009, il a indiqué que la capacité de travail de celui-ci devrait être bonne dans un autre métier que celui de steward. Il sied donc de constater que tous les médecins arrivent presque aux mêmes conclusions en ce qui concernent les diagnostics et admettent une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, comme l'a retenu l'intimé. Dans ces conditions, la Cour de céans ne juge pas nécessaire d'entendre le recourant ni de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire. L'intimé était donc fondé de lui refuser les prestations de l'assurance-invalidité, étant précisé que le calcul de la perte de gain n'a pas été contesté par le recourant. 9. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. 10. Dès lors que le recourant succombe, l'émolument de justice de 200 fr. sera mis à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1151/2012 - 16/16 - 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.