

GE_GERICHTE A/1068/2011 vom 30. August 2011

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1068_2011

FR: GE_GERICHTE A/1068/2011 du 30 août 2011

IT: GE_GERICHTE A/1068/2011 del 30 agosto 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur I _____, domicilié à Thônex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Bernard WAEBER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur I _____ (ci-après l'assuré), né en 1965, a travaillé en tant qu'employé polyvalent dans un hôtel dès le 1^{er} février 1988. Le 10 juillet 2007, l'assuré a subi une intervention de démontage du Nissen par laparoscopie et confection d'un bypass gastrique et de cholecystectomie, pratiquée par le Dr L _____, médecin associé au Service de chirurgie viscérale des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG). Il a été en incapacité de travail totale dès le 9 juillet 2007. Dans un rapport du 19 octobre 2007, le Dr L _____ a relevé que l'assuré avait développé récemment des douleurs très aspécifiques apparaissant parfois après l'effort au niveau du flanc gauche. L'examen clinique était néanmoins normal, et le Dr L _____ ne trouvait pas d'explications aux douleurs de l'assuré. Le 22 novembre 2007, l'assuré a consulté la Dresse M _____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, pour un bilan artériel. Cette spécialiste a relevé que l'opération du bypass s'était compliquée d'une embolie pulmonaire et fait état des douleurs abdominales évoquées par l'assuré. Elle a conclu que le bilan artériel des membres inférieurs se situait dans des limites normales, ne fournissant aucune explication aux plaintes apparaissant à la marche. Une IRM dorso-lombaire réalisée le 30 novembre 2007 par la Dresse N _____, spécialiste FMH en radiologie, a révélé un canal lombaire de taille limite inférieure, de discrètes discopathies L1-L2, L4-L5 et L5-S1 sans image de conflit disco-radiculaire ainsi qu'une discrète arthrose inter-facettaire bilatérale étagée prédominant en L4-L5 et L5-S1. Dans un rapport du 19 décembre 2007, le Dr O _____, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, a noté que les douleurs de l'hypocondre gauche apparues au décours du bypass et de l'embolie pulmonaire avaient des répercussions subjectives considérables, mais que les examens étaient normaux. Il a émis plusieurs hypothèses quant à l'origine des douleurs, en relevant leur caractère très atypique. Il était d'avis qu'un retour au travail, même à temps partiel, contribuerait à améliorer la situation générale. Dans un rapport du 22 janvier 2008, le Dr L _____ a confirmé qu'il n'avait pas d'explications pour les douleurs de l'assuré, dont l'évolution sur le plan pondéral était excellente. Le 18 juillet 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI), tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Dans son rapport du 18 août 2008 et dans deux courriers adressés à ses confrères, le Dr R _____, spécialiste FMH en anesthésiologie, a posé les diagnostics de dorsalgies postopératoires depuis 2007 et de complex regional pain syndrome (CRPS) depuis 2007, en précisant que ces atteintes avaient des répercussions sur la capacité de travail. Il a également évoqué le diagnostic de status post chirurgie bariatrique. Il a fait état de la persistance d'une dorsalgie, de nausées à l'effort, d'un pseudo

blocage du membre inférieur gauche à la marche et d'une douleur épigastrique en rémission depuis le traitement neuroablatif du mois de mars 2008. Le pronostic était indéterminé, bien que l'assuré ait repris son activité professionnelle à 50 %. L'activité restait exigible à ce taux. L'assuré souffrait d'une douleur sous-costale gauche, ressentie deux mois après la gastroplastie par bypass subie. La situation s'améliorait en position assise. Les paresthésies du membre inférieur gauche étaient également apparues après l'opération, leur cause n'ayant pu être déterminée. L'examen clinique montrait une sensibilité de la paroi abdominale normale, une mobilisation libre du rachis, une palpation de la charnière thoraco-lombaire douloureuse au niveau Th9-Th10 et Th10-Th11 du côté gauche. La dénervation par thermo-coagulation percutanée avait permis un amendement de la douleur presque complet. Les symptômes décrits concordaient en faveur d'une hyperactivité sympathique prédominante à gauche. La prise en charge devait consister en anesthésies de la chaîne sympathique thoraco-lombaire, ayant pour but un traitement symptomatique. Dans son rapport du 25 août 2008, la Dresse P _____, médecin traitant de l'assuré, a posé les diagnostics de status post bypass gastrique compliqué par une embolie pulmonaire en juillet 2007, de status post dénervation par thermocoagulation en mars 2008, en précisant qu'ils avaient des incidences sur la capacité de travail. Les autres diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré étaient ceux de status post opération de Nissen en 1991, d'hypertrophie bénigne de la prostate et d'hémorroïdes. L'assuré avait souffert de douleurs invalidantes après son opération, et de douleurs très intenses survenant aux mouvements. Il ne se sentait bien qu'en position couchée. Le traitement antalgique avait bien fonctionné et permis une reprise du travail à 50 %, à la suite de quoi une douleur secondaire lombaire était apparue à gauche. L'assuré devait éviter les efforts physiques et pouvait poursuivre son activité à 50 %, mais aucune amélioration ne pouvait être espérée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas d'activités impliquant une alternance des positions, pas d'activités impliquant la marche, pas d'activités en positions accroupie, en rotation, sur des échelles ou des échafaudages ou avec un port de charges. Ce médecin a attesté d'une incapacité de travail totale du 9 juillet 2007 au 6 avril 2008, date dès laquelle l'assuré était capable de travailler à 50 %. Dans un avis du 8 septembre 2008, le Dr Q _____, médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'AI (SMR), a considéré que la situation n'était pas stabilisée et que les conditions pour des mesures d'intervention précoce n'étaient pas réunies. Dans un rapport du 3 novembre 2008, le Dr R _____ a indiqué que les lâchages du membre inférieur gauche persistaient et que l'état de santé de l'assuré était stationnaire depuis avril 2008, date à laquelle il avait repris le travail à 50 %. Il suivait un traitement de stabilisateur de membrane. Le médecin a indiqué que l'assuré ne souffrait pas de trouble psychique. Le Dr Q _____ a relevé dans son avis du 10 novembre 2008 la nécessité d'un examen neurologique pour documenter les lâchages décrits par le Dr R _____. Le 20 janvier 2009, l'assuré a été victime d'un accident de scooter ayant entraîné des contusions. Il a consulté un médecin de la Clinique des Grangettes en urgence, qui a fait état d'un possible traumatisme crânien avec amnésie circonstancielle, sans fracture. Ce médecin a prescrit un arrêt de travail complet pour une période de 48 heures. La Dresse S _____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué dans son rapport au Dr R _____ du 10 février 2009 avoir examiné l'assuré à plusieurs reprises. Celui-ci avait décrit le sentiment de lâchage du membre inférieur gauche comme une sensation de blocage, et indiqué qu'il pouvait le diminuer en exerçant une pression sur un point précis de la fesse gauche. Il se plaignait également d'une diminution de sensibilité sur la face latéro-externe de la jambe droite. Une nouvelle IRM réalisée en juin 2008 avait montré un

discret rétrécissement du canal lombaire en L4-L5 et L5-S1, légèrement aggravé par rapport à l'examen précédent. L'IRM cérébrale du 19 décembre 2008 ne montrait pas d'anomalie. A l'examen neurologique, la spécialiste a constaté une légère dysesthésie dorsale et thoracique gauche dans la région de l'ancienne cicatrice, une discrète hypoesthésie de la face latéro-externe de la jambe et de la plante du pied à droite. La force était globalement conservée. Les réflexes étaient peu vifs mais présents et symétriques. L'assuré présentait une boiterie à la marche avec lâchage du membre inférieur gauche s'améliorant légèrement lorsque le patient appuyait dans la région fessière gauche. L'électroneuromyographe (ENMG) des membres inférieurs ne montrait pas d'anomalie neurographique, une absence de signe de dénervation aiguë et de dénervation-réinnervation chronique dans les myotomes L3-L5 des deux côtés et dans la musculature para-spinale à gauche. Il n'existait ainsi pas d'argument pour une atteinte radriculaire déficitaire, notamment au membre inférieur gauche, pouvant expliquer le lâchage du membre inférieur à la marche. La discrète hypoesthésie de territoire L5-S1 à droite, les dysesthésies paresthésies anamnestiques diffuses du membre inférieur gauche, le contexte de lombalgies pouvaient évoquer une atteinte pluri-radriculaire irritative dans le contexte de discopathies lombaires étagées mais n'expliquaient pas la démarche du patient. Le lâchage de la cuisse et de la jambe gauches évoquait en premier lieu un lâchage antalgique dans le contexte des douleurs post-opératoires dorsales gauches importantes. La Dresse S _____ a indiqué que ses confrères du colloque neuro-musculaire aux HUG avaient retenu l'hypothèse d'une dystonie, vraisemblablement secondaire à une douleur post-opératoire. Le 24 avril 2009, la Dresse M _____ a procédé à l'évaluation vasculaire du membre inférieur gauche de l'assuré. Elle a conclu que le bilan artériel restait dans les normes et ne fournissait aucune explication aux douleurs de l'assuré. La Dresse T _____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assuré le 18 juin 2009. Elle n'a mis en évidence aucune anomalie au status neurologique de nature organique, et a considéré que les symptômes de l'assuré étaient d'origine psychiatrique au vu des contradictions lors de l'examen: pseudo faiblesse du membre inférieur gauche au status avec une marche en flexion du genou gauche - soit un mouvement sollicitant de la force, et disparition de tous les symptômes dans les autres épreuves. Dans son rapport du 30 juin 2009, la Dresse U _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a fait état d'un épisode dépressif moyen (F 32.10) depuis août 2007, ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré. Elle a indiqué qu'à la suite de son opération bariatrique en juillet 2007, l'assuré avait développé des douleurs puis des troubles statiques qui avaient entraîné un état dépressif avec tristesse, des idées de mort, des angoisses, des troubles du sommeil, de la concentration, de la libido, une aboulie et une fatigue. Le traitement médicamenteux avait permis une nette amélioration de l'humeur et un léger amendement des douleurs. Le pronostic de l'état dépressif était bon mais corrélé à l'intensité des douleurs et du contexte de pertes multiples du patient. Les capacités de concentration, d'adaptation et de résistance de l'assuré étaient limitées en raison des douleurs. Dans un rapport du 4 septembre 2009, la Dresse P _____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré en raison de la chute à scooter en janvier 2009. Elle observait une faiblesse continue du genou gauche et une boiterie. La capacité de travail de l'assuré était nulle dans son activité antérieure ainsi que dans toute activité. Elle préconisait une expertise neurologique et psychiatrique. L'employeur de l'assuré a mis un terme au contrat de travail qui les liait avec effet au 31 décembre 2009. L'OAI a mandaté la CLINIQUE ROMANDE DE RÉADAPTATION (CRR) pour réaliser une expertise rhumatologique, neurologique et psychiatrique. L'assuré y a séjourné du 11 au 13 janvier 2010. Les Drs V _____,

spécialiste FMH en rhumatologie, W _____, spécialiste FMH en neurologie, et A _____, spécialiste FMH en psychiatrie, qui se sont adjoint la collaboration du Dr B _____, spécialiste FMH en médecine interne, ont rendu leur rapport en date du 8 février 2010. Ces médecins, après avoir pris connaissance du dossier médical de l'assuré et établi son anamnèse, ont procédé à des examens complets dans leurs domaines respectifs de compétences. Ils ont rapporté que l'assuré se plaignait de douleurs constantes sur une distance de 10 à 20 cm au-dessous de la pointe de l'omoplate et de lâchages du genou gauche, phénomènes apparus en août 2008. Il marchait avec une canne depuis son accident de scooter en janvier 2009, qui avait augmenté l'intensité de ses douleurs dorsales. Au plan psychiatrique, il se sentait nerveux bien que le traitement médicamenteux instauré par la Dresse U _____ ait amené une amélioration. Le status de médecine interne s'est révélé sans particularité. Le status ostéo-articulaire n'a permis de constater aucune déformation articulaire ni signe d'inflammation. Les amplitudes fonctionnelles étaient parfaitement dans la norme, aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. L'examen systématique des différents groupes musculaires de stabilisation du bassin ou gouvernant la fonction de la hanche ou du genou était sans aucune particularité et il n'y avait pas de déficit moteur. L'assuré se mobilisait sans difficultés durant l'examen clinique, malgré les fréquents changements de position, hormis une discrète limitation de l'inclinaison latérale droite (tiraillements en région sous-scapulo-dorsale gauche) et postérieure. Le status neurologique était également dans la norme. Les médecins ont relevé que l'assuré ne fléchissait pas du tout son genou gauche lors de l'épreuve consistant à marcher sur une ligne, mais qu'il fléchissait le genou gauche à chaque pas lorsqu'on lui demandait de marcher librement, ce mouvement ne correspondant pas à un phénomène de lâchage puisqu'il était parfaitement amorti. L'examen clinique apportait peu de substrat aux plaintes et limitations annoncées, et aucune manœuvre ne reproduisait les douleurs thoraciques postérieures: il n'y avait pas de contracture musculaire ni phénomène d'allodynie. Les douleurs thoraciques n'étaient en particulier pas influencées par la respiration, la toux ou les mouvements de l'épaule. La boiterie était très particulière: la canne tenue à droite, l'assuré marchait fortement incliné vers la droite tout en fléchissant souplement son genou gauche, à chaque pas. Lors de la marche sans canne, le phénomène était identique, mais l'assuré se redressait. Le Dr V _____, au terme de son examen, n'a pu formuler de diagnostic concernant les deux symptômes présentés par l'assuré. Il a souligné les circonstances curieuses de leur apparition, leurs manifestations peu habituelles, la résistance systématique aux traitements, et le handicap allégué démesuré en regard de données cliniques pauvres. Le rhumatologue s'est dit surpris par l'intensité alléguée des douleurs thoraciques car l'assuré ne manifestait aucune douleur au cours de l'examen clinique. On pouvait envisager un diagnostic de névralgie intercostale, mais l'évolution après la neuro-ablation serait alors surprenante. L'évolution était encore plus incompréhensible s'agissant de la boiterie, qui disparaissait totalement lorsque de la marche sur la pointe des pieds ou les talons et ne perturbait pas le saut monopodal ou l'accroupissement. Au plan neurologique, le Dr W _____ a également relevé le caractère inhabituel de la marche, et la description peu spécifique des douleurs. Il a noté que trois précédents examens neurologiques avec des ENMG n'avaient pas pu montré d'atteinte radiculaire périphérique et qu'une IRM cérébrale et plusieurs imageries lombaires n'avaient pas montré de signe pour un canal lombaire étroit ou un conflit radiculaire. L'anamnèse laissait supposer que l'assuré avait pu souffrir d'une distension des rameaux ventraux et des nerfs de la paroi abdominale, décrite après des opérations par voie endoscopique, mais traitée de manière efficace par des

thermo-ablations. S'agissant de la chute en scooter, il n'y avait aucun signe pour un traumatisme crânien. L'examen neurologique détaillé du Dr W _____ ne révélait pas de signe pour une atteinte cérébrale, médullaire, radiculaire du plexus ou périphérique. Les neurographies sensitivomotrices aux membres supérieur et inférieur gauches étaient dans la norme, l'ENMG ne montrait pas d'activité de dénervation et une activation volontaire normale. Ainsi, comme les précédentes investigations neurologiques, l'examen était normal et l'expert n'a retenu aucune limitation. L'expert psychiatre a noté l'apparition concomitante du syndrome douloureux et d'une humeur dépressive, un mois après le bypass gastrique, ayant évolué vers un syndrome douloureux et fonctionnel sans substrat organique. Lors d'un entretien téléphonique, la Dresse U _____ lui avait indiqué que l'assuré avait présenté des idées de concernement et que la modification du traitement pharmacologique en avril 2009 avait eu de bons effets. L'assuré avait confirmé l'amélioration de son état depuis la prise en charge psychothérapeutique et surtout depuis l'introduction du traitement d'Efexorâ. Il n'avait pas de plainte psychique, décrivant son état psychique comme assez bon depuis la mise en place des médicaments. Le Dr A _____ a observé que l'assuré était vigile et orienté, sans trouble de l'attention ni mnésique. Le reste du status psychique était sans particularité notable, avec en particulier absence d'élément orientant vers un trouble anxieux spécifique ou un trouble psychotique. L'anamnèse, l'étude du dossier et l'observation ne démontraient cependant aucune volonté consciente de cacher ou de dissimuler chez l'assuré, qualifié d'authentique, raison pour laquelle le psychiatre a retenu le diagnostic de majoration de symptômes (douloureux et fonctionnels) pour motifs psychologiques. L'assuré avait un accès limité au registre émotionnel avec une incapacité d'envisager le moindre lien entre ses douleurs et une explication autre que mécanique, il restait figé dans une attente de réparation, incapable de se projeter dans le futur et évoluant vers un comportement et une identité d'invalidé avec ses attributs – dont l'usage d'une canne, ce qui permettait de conclure à des traits de personnalité immature. L'état dépressif, actuellement de degré moyen, sous traitement pharmacologique efficace et suivi psychothérapeutique de soutien, était en rémission depuis l'été 2009. Il avait eu un caractère incapacitant (au moins partiel d'août 2007 à l'été 2009). L'expert a préconisé une démedicalisation progressive (avec abstention de tout geste invasif), des mesures de réassurance et de soutien psychothérapeutique ainsi qu'un accompagnement concret dans un reconditionnement physique et professionnel afin d'infléchir le processus d'invalidation en cours. L'assuré a également fait l'objet d'une évaluation dans les ateliers professionnels de la CRR. Les maîtres socio-professionnels ont noté un rendement légèrement en-dessous de la moyenne mais une bonne qualité du travail en général, le fruit de son travail pouvant être commercialisé. Il était apte à adhérer à un programme d'activité comportant des gestes simples, des contraintes physiques peu importantes et la possibilité d'adapter sa position de travail. Son employabilité paraissait toutefois sujette à caution dans la mesure où les limitations étaient variables et semblaient dès lors comportementales: il se déplaçait parfois en prenant appui sur sa canne de manière caricaturale alors qu'il marchait sans boiterie lorsqu'il portait son plateau de repas à deux mains. De plus, l'assuré interrompait sa tâche par de nombreuses pauses. En synthèse, les experts ont souligné que les limitations alléguées étaient de nature algiques et motrices et que l'assuré présentait un tableau clinique riche en paradoxes. Cependant, aucun élément de leurs observations ne permettait de poser un diagnostic spécifique ostéo-articulaire ou neurologique correspondant au tableau algo-fonctionnel décrit par l'assuré et il était difficile d'admettre l'existence d'une incapacité de travail au long cours liée à la problématique somatique. Si la majoration inconsciente de

symptômes chez un assuré de personnalité immature constituait certainement un obstacle majeur au réinvestissement professionnel, elle avait une valeur incapacitante modeste en soi. Ils ont posé les diagnostics d'état dépressif moyen (F 32.10) en rémission, de personnalité à trait immature (F60.8) et de majoration de symptômes (douloureux et fonctionnels) pour motifs psychologiques (F68.0). Les autres diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient ceux de status après confection d'un bypass gastrique en juillet 2007 et de douleurs dorsales gauches d'origine indéterminée. Quant à la capacité de travail, les experts ont reconnu les taux d'incapacité médicalement attestés (soit notamment une incapacité complète depuis janvier 2009 selon les certificats de la Dresse P _____) jusqu'à l'été 2009. Dès juillet ou août 2009, soit trois à quatre mois après l'introduction d'un nouveau traitement pharmacologique par la Dresse U _____, l'assuré avait retrouvé la capacité d'exercer son ancienne activité, ou toute activité comportant des exigences physiques comparables, à plus de 70%, si ce n'est à plein temps. Ils ont noté que les conditions-cadres de son ancienne activité s'étaient modifiées après son intervention chirurgicale, en raison du changement de propriétaire de l'établissement, avec lequel il rencontrait des difficultés. Si cet élément avait pu jouer un rôle dans le processus d'invalidation, il sortait clairement du champ médical objectif. Dans un avis du 21 juin 2010, le Dr C _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin au SMR, a retenu que seul un encadrement médical bienveillant et progressif concernant un reconditionnement physique et professionnel permettrait peut-être d'infléchir le processus d'invalidation en cours. Le 5 octobre 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un projet d'acceptation de rente limité dans le temps. Il a retenu une incapacité de travail totale du 7 juillet 2007 au 6 avril 2008 puis à 50 % du 7 avril 2008 au 31 août 2009, date dès laquelle une capacité de travail de 70 à 100 % était admise au vu de l'expertise. L'assuré n'avait pas droit à des mesures d'ordre professionnel, compte tenu de sa capacité de travail. Le droit à une demi-rente d'invalidité était reconnu de juillet 2008 à novembre 2009, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée le 1^{er} septembre 2009. Par courrier du 8 octobre 2010, l'assuré a contesté la capacité de travail retenue par l'OAI et a joint les certificats d'incapacité de travail établis par la Dresse P _____ depuis le 20 janvier 2009. Par courrier du 5 novembre 2010, l'assuré, par son mandataire, a derechef contesté le projet en indiquant qu'au vu de l'expertise médicale, sa capacité de travail était nulle. Il a de plus relevé que son incapacité de travail avait débuté le 9 et non le 7 juillet 2007. Par courrier du 9 novembre 2010, l'OAI a signalé à l'assuré que le début de l'incapacité de travail le 9 plutôt que le 7 juillet n'avait pas d'incidence sur le calcul de la rente, versée pour le mois entier. S'agissant de l'accident de scooter intervenu, un arrêt de travail pour 48 heures seulement avait été établi. Les objections de l'assuré n'apportaient dès lors aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause le projet de décision. Par décision du 9 mars 2011, l'OAI a confirmé la teneur de son projet. Par écriture du 11 avril 2011, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de l'OAI (ci-après l'intimé) et conclu, sous suite de dépens, à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il allègue que les conclusions de l'expertise de la CRR sur la capacité de travail sont en contradiction avec celles du Dr A _____, selon lequel la majoration de symptômes douloureux constituait un obstacle majeur au réinvestissement professionnel. Il affirme que sa structure psychique pourrait à elle seule justifier l'octroi d'une rente entière, comme en atteste la Dresse U _____ qui indique que la situation est cristallisée. Le recourant a notamment produit une attestation de la Dresse U _____ du 1^{er} avril 2010, qui a indiqué le suivre depuis octobre 2008 et avoir observé une amélioration de son

humeur depuis juin 2009 grâce à un nouveau traitement médicamenteux agissant également sur ses douleurs. En raison de la structure psychique du recourant, il est impossible d'élaborer plus en profondeur sa réaction psychologique à deux événements majeurs qui ont bouleversé son existence ritualisée et rassurante, soit l'importante perte de poids et l'arrivée du nouveau propriétaire de l'hôtel qui l'employait. Par conséquent, la situation est cristallisée et entraîne une incapacité de travail. Le recourant a également joint un certificat de la Dresse P _____ du 1^{er} avril 2010. Celle-ci a indiqué que le recourant souffre de douleurs thoraciques à droite et d'une faiblesse à la jambe droite, se manifestant par une boiterie et un lâchage à la marche, largement investiguée par les neurologues. Son traitement médicamenteux diminue ses douleurs mais la boiterie reste inchangée. La Dresse P _____ a souligné que la difficulté à interpréter les symptômes neurologiques et à poser un diagnostic précis ne permet pas de déclarer que le recourant ne souffre pas, et a déclaré soutenir sa demande de rente. Dans un avis du 3 mai 2011, le Dr C _____ s'est déterminé sur le certificat de la Dresse U _____ en relevant que celle-ci estimait qu'il y avait une amélioration de l'humeur, ce qui démontrait que la situation n'était pas cristallisée. Aucun élément factuel ne permettait d'évoquer une structure psychique décompensée. Le Dr C _____ a relevé que la structure de personnalité est établie au début de l'âge adulte et qu'elle n'avait en l'espèce pas empêché le recourant de travailler jusque-là. L'attestation de la Dresse P _____ ne contenait quant à elle aucun élément nouveau. Dans sa réponse du 16 mai 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours. Dans sa réplique du 4 juillet 2011, le recourant a persisté dans ses conclusions en se référant à une attestation de la Dresse U _____ du 30 juin 2011, qu'il a produite et dont il ressort que si ce médecin ne conteste pas une amélioration (et non une guérison) de l'état dépressif du recourant, son incapacité à faire des liens entre ses douleurs et sa situation psychique ne permet pas d'évolution. La personnalité immature du recourant l'empêche de plus de s'adapter aux changements dans sa vie, et la Dresse U _____ conteste les conclusions de l'expertise. Dans son avis du 11 juillet 2011, le Dr C _____ a relevé que l'incapacité du recourant à faire un lien entre ses douleurs et sa situation psychique ne permet pas de poser un diagnostic de trouble dépressif qui peut seul justifier une incapacité de travail, mais simplement en fournir une explication. Il a rappelé que l'assurance-invalidité doit déterminer si une incapacité de travail existe en se fondant sur une classification reconnue telle que la CIM-10, utilisée par le Dr A _____. En conclusion, le rapport de la Dresse U _____ n'amène aucun élément nouveau. L'intimé a persisté dans ses conclusions par duplique du 4 août 2011, se référant à l'avis du SMR. Copie de cette écriture a été adressée au recourant par pli du 9 août 2011. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 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. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} 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. 1^{er} 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 travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) 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. 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 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. 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 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, 2 ème 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). 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, 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). 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 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). 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 1^{er} 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 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'Efexorâ 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 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. 1^{er} 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. 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. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Dit que le recourant a droit à une demi-rente d'invalidité de juillet à décembre 2008, et à une rente entière de janvier à novembre 2009. Confirme la décision de l'intimé pour le surplus. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de dépens de 1'500 fr. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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