

GE_GERICHTE A/1295/2007 vom 28. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1295_2007

FR: GE_GERICHTE A/1295/2007 du 28 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/1295/2007 del 28 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.11.2008
A/1295/2007

A/1295/2007 ATAS/1411/2008 du 28.11.2008 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1295/2007
ATAS/1411/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 3 du 28 novembre 2008 En la cause Monsieur S _____,
domicilié à GENEVE, représenté par Maître AMAUDRUZ Dominique recourant contre
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE
intimé EN FAIT Monsieur S _____, de nationalité portugaise, est né en 1961. Depuis
1991, il réside à Genève où il a travaillé pour diverses entreprises du bâtiment. Le 2 avril
2002, il a débuté une activité de maçon pour le compte de l'entreprise X _____ SA. Le
6 octobre 2003, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Sur la base des
constatations radiologiques, une fracture du mur antérieur L4 et de la cinquième côte droite
a été diagnostiquée. Aux urgences médico-chirurgicales des Hôpitaux Universitaires de
Genève (HUG), un Ctscan a été pratiqué. Le Dr A _____, spécialiste en médecine
interne, a diagnostiqué une contusion lombaire dans le cadre d'une maladie de Scheuermann
avec nodule de Schmorl en L2-L4. Il a prescrit un repos total, une mobilisation selon les
douleurs, des antalgiques, une attente de sept jours avant de consulter le médecin-traitant
pour une éventuelle prolongation de l'incapacité de travail et pour la prescription d'une
physiothérapie de tonification de la ceinture pelvienne. Le 13 octobre 2003, l'assuré a
consulté le Dr B _____, généraliste. Dans son rapport du 5 novembre 2003, ce
médecin a indiqué que le patient se plaignait de lombalgies, de douleurs costales et de
cervicalgies. Il a constaté des douleurs en L4 avec contractures musculaires, l'absence de
déficit sensitivo-moteur et une bonne mobilité de la nuque. Le médecin a confirmé le
diagnostic de fracture du mur antérieur de L4 et proposé une prise en charge globale par le
Dr C _____. Le 27 novembre 2003, l'assuré a été examiné par le Dr C _____,
spécialiste en médecine physique et rééducation, qui a constaté que la moindre mobilisation
du rachis cervical était douloureuse et que le status neurologique était normal. Le médecin a
relaté que, trois jours après l'accident, des douleurs cervicales étaient apparues avec
sensation de fourmillement dans le bras gauche. Puis, le 4 novembre 2003, l'assuré avait été
victime d'un épisode de vertiges aigus avec chute qui avait nécessité un examen par le
Dr D _____, spécialiste ORL, examen qui n'avait pas pu donner une orientation
diagnostique aux plaintes. Le Dr C _____ a ajouté que le patient se plaignait de
douleurs continues avec réveils nocturnes fréquents. Craignant une chronicisation, il a
préconisé un séjour à la clinique de "rééducation" à Sion. Le 9 janvier 2004, l'assuré a été
examiné par le Dr E _____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la CAISSE
NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische
Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA), qui a constaté une marche sans boiterie,

des douleurs à la palpation cervicale et discrètes au niveau lombo-sacré, une réduction de la mobilité de la colonne cervicale en rotation, inclinaison et flexion-extension. Le Dr E_____ a convenu avec le patient qu'en cas d'échec de la reprise du travail proposée par le Dr C_____ à 50% dès le 14 janvier 2004, il serait possible de l'envoyer à la clinique romande de réadaptation (ci après : CRR). Le 20 janvier 2004, le Dr C_____ a informé la SUVA de l'échec de la reprise du travail. Celle-ci avait duré six jours et avait entraîné une recrudescence des douleurs cervicales après une heure de travail, obligeant l'assuré à s'asseoir pour récupérer. L'assuré a séjourné à la CRR du 3 février au 9 mars 2004. Durant le séjour, le 18 février 2004, de nouvelles radiographies du rachis cervical ont été effectuées qui n'ont montré aucune anomalie. De plus, le 9 février 2004, le patient a été examiné par le Dr F_____, médecin-chef du service de psychosomatique. Dans son rapport du 10 février 2004, ce spécialiste a indiqué que l'assuré mentionnait des troubles du sommeil, des sursauts, des troubles mnésiques, une irritabilité, des cauchemars à raison de deux fois par semaine, une anxiété en voyant des scènes d'accident à la télévision. Il a précisé que le patient n'avait plus conduit depuis l'accident. Lors de l'examen, il a constaté une humeur abaissée avec une diminution de l'estime de soi. Il a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F43.1) et un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (F43.2). Il a précisé que le diagnostic d'état de stress post-traumatique était à la limite inférieure du seuil diagnostique. Le médecin a prescrit un somnifère et un suivi psychothérapeutique. Puis, dans un rapport ultérieur du 5 mars 2004, le Dr F_____ a fait état d'une certaine amélioration. Il a retenu une incapacité de travail totale qui devait encore durer trois à quatre semaines pour motifs psychiatriques, précisant qu'ensuite, une capacité de travail d'au moins 50% serait exigible. Dans leur rapport du 15 mars 2004, les Drs G_____, chef de clinique, et BISELX, médecin-assistant, ont posé les diagnostics de cervicalgies chroniques (M 54.2), arthrose cervicale et lombaire (M 47.8), troubles dystrophiques rachidiens de croissance lombaire (M 42.0), céphalées de tension (G 44.2), état de stress post-traumatique (F 43.1) et troubles de l'adaptation avec humeur dépressive (F 43.2). Par décision du 25 mars 2004, la SUVA a retenu une incapacité de travail de 50% dès le 5 avril 2004. Dans un courrier adressé le 5 mai 2004 au Dr C_____, le Dr H_____, spécialiste FMH en neurochirurgie a posé le diagnostic de cervicalgies sur un mécanisme "coup du lapin" sans lésions radiologiques décelables. Il a indiqué qu'un bilan exhaustif avait été fait au niveau lombaire où on trouvait une anomalie dysplasique probablement sans relation avec le traumatisme (d'ailleurs le patient n'exprimait aucune douleur à ce niveau-là.). Dans un rapport du 28 mai 2004, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré avait travaillé à 50% pendant deux semaines, mais qu'en raison de douleurs insupportables, il était de nouveau en arrêt de travail total depuis le 16 avril 2004. Il a fait état de douleurs à la palpation de toute la musculature paravertébrale et des trapèzes supérieurs. Le 21 juin 2004, le Dr I_____, neurochirurgien, a examiné le patient et n'a pas constaté de déficience neurologique. Il a posé un diagnostic de discarthrose C5-C6. L'assuré a été réexaminé par le Dr E_____ le 28 juin 2004. Dans son rapport du 29 juin 2004, ce médecin a mentionné que l'état n'était pas stabilisé et a rappelé que le patient présentait un tableau dystrophique survenu par la croissance ainsi qu'un état cervical d'arthrose. Il a considéré que l'accident avait déstabilisé un état antérieur dont l'effet délétère était toujours présent. Le 2 juillet 2004, l'employeur a informé l'assuré que, selon ce que prévoyait la convention, son droit aux prestations d'assurances s'éteignait au 31 juillet 2004 et que, dès l'échéance de cette date, il ne faisait plus partie du personnel. Le 1^{er} novembre 2004, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de

l'assurance-invalidité (ci-après OCAI). Dans un rapport daté du 15 octobre 2004, le Dr E _____ a indiqué que l'incapacité de travail se poursuivait, et que les douleurs alléguées aux niveaux cervical et lombaire persistaient. Un séjour à la CRR avait mis en évidence un état de stress post-traumatique avec troubles de l'adaptation et humeur dépressive et confirmé l'absence de fracture au niveau lombaire et la présence de séquelles de dystrophie rachidienne de croissance et de cervicarthrose, préexistantes à l'accident (pièces 19 OCAI). Par décision du 19 octobre 2004, la SUVA a mis un terme à ses prestations à partir du 1er novembre 2004 au motif que les troubles qui subsistaient alors n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade. Cette décision a été confirmée sur opposition le 25 février 2005. Puis, saisi d'un recours, le Tribunal cantonal des assurances sociales l'a partiellement admis par arrêt du 16 février 2006; il a annulé les décisions de la SUVA et lui a renvoyé la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision (ATAS 152/2006). Le 16 décembre 2004, le Dr C _____ a confirmé dans un rapport adressé à l'OCAI les diagnostics de cervicalgies chroniques et état de stress post-traumatique. Il a conclu à une incapacité totale de travail à compter du 16 octobre 2003. Il a précisé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible mais que l'on pourrait exiger de l'assuré qu'il exerce une autre activité à plein temps, par exemple celle de magasinier, à condition d'éviter le port de lourdes charges. Le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué n'avoir vu le patient qu'à deux occasions, en octobre 2003. Il a conclu à des cervicalgies, des lombalgies, des douleurs costales et un état anxieux majeur. Il avait alors déjà posé un diagnostic défavorable et adressé le patient au Dr C _____ pour une prise en charge globale. L'assuré a été engagé à temps partiel (15 h./sem.) chez Y _____ à compter du 1er mai 2006. Il est rémunéré 21 fr. 20 de l'heure (pièce 30 OCAI). L'OCAI a demandé un examen rhumato-psychiatrique qui a été confié aux Drs J _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et K _____ spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux médecins auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR). Ces médecins ont rendu leur rapport en date du 29 juillet 2006. Il a été noté que l'assuré se plaignait de nuchalgies, de problèmes financiers, du fait que son état se serait péjoré après son passage à la CRR. S'il dit souffrir toujours de crises d'angoisse lorsqu'il conduit, il ne décrit en revanche plus de reviviscence et de cauchemars de la scène traumatique, même s'il pense encore souvent à son accident dans tous les détails. Les médecins ont retenu les diagnostics de rachialgies étagées chronique persistantes dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs étagés (M54.9), anamnesticquement d'état de stress post-traumatique actuellement en rémission (F43.1), de trouble anxieux et dépressif réactionnel à un accident de voiture (F41.2) et de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Ils ont toutefois considéré que ces atteintes étaient sans répercussion sur la capacité de travail. L'examen neurologique est déclaré normal tout comme l'examen ostéoarticulaire périphérique. Au niveau rachidien ont été relevés de discrets troubles de la statique vertébrale, une discrète limitation de mobilité du rachis cervical et dans une moindre mesure, dorsolombaire, ainsi que des tendomyoses modestes siégeant essentiellement au niveau cervico-scapulaire. Les médecins ont conclu à une discordance entre l'importance des plaintes et leurs retombées fonctionnelles et leurs constatations objectives. Ils ont indiqué que rien ne les autorisait à se distancer des conclusions de la SUVA qui estimait que le statu quo sine était retrouvé un an après l'accident, soit en octobre 2004. Ils ont admis la présence de troubles statiques et dégénératifs rachidiens étagés, mais ont souligné qu'ils étaient compatibles avec une capacité de travail complète en tant qu'ouvrier du bâtiment

avant l'accident, lequel n'a engendré aucune lésion somatique objectivée. Dans ce contexte, les médecins du SMR ont conclu que l'activité professionnelle d'origine restait exigible, relevant que les médecins de la CRR étaient également parvenus à la même conclusion puisqu'ils avaient estimé que la capacité de travail au sortir de la CRR n'était amputée qu'au titre de la problématique psychique qui avait été mise en évidence et non au titre des problèmes somatiques. Du point de vue psychiatrique, les médecins ont constaté une amélioration de l'état de l'assuré admise d'ailleurs par ce dernier. Il continue de montrer un trouble de l'adaptation avec des bouffées d'angoisse, surtout lorsqu'il conduit, mais au moment de l'examen, il ne montrait plus les symptômes de l'état de stress post-traumatique. Les bouffées d'angoisse décrites s'inscrivent dans un trouble dépressif anxieux, ce qui ne constitue pas une atteinte à la santé incapacitante de façon durable. Il s'agit d'ailleurs d'une affection moins grave qu'un épisode dépressif majeur, même de degré léger. Après discussion consensuelle, les médecins ont constaté une amélioration sur le plan psychiatrique ainsi que sur le plan somatique à compter du mois d'octobre 2004. Ils ont indiqué que les critères d'un syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas réunis. En revanche, ils ont conclu à une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques. S'agissant des limitations fonctionnelles somatiques, ils ont estimé qu'elles étaient inexistantes étant donné que les troubles rachidiens présentés par l'assuré étaient de nature bénigne et ne l'empêchaient pas de travailler à plein temps avant la survenue de l'accident et que ce dernier n'avait occasionné aucune lésion objective musculo-squelettique (pièce 34 OCAI). Dès lors, le 13 septembre 2006, l'OCAI a fait parvenir à l'assuré un projet de décision aux termes duquel il se proposait de lui nier le droit à toute prestation. Par courrier du 13 octobre 2006, l'assuré a contesté ce projet. En substance, il a allégué qu'une incapacité de travail au moins partielle devrait lui être reconnue dans la mesure où il est incapable de travailler davantage que 15 heures par semaine dans un travail léger et peu qualifié. Subsidiativement, il a demandé à ce que soit mise sur pied une expertise pluridisciplinaire. L'OCAI a rendu à son tour une décision en date du 22 février 2007, aux termes de laquelle il a nié le droit de l'assuré à toutes prestations. L'OCAI s'est fondé sur les conclusions de l'expertise rhumato-psychiatrique du 24 juillet 2006 et a retenu que si l'assuré souffre bien de rachialgies chroniques dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs, le status clinique est sans grande particularité et la capacité de travail sur le plan somatique, dès lors, entière. Par ailleurs, l'OCAI a relevé que le trouble de stress post-traumatique attesté par la CRR n'était plus présent au moment de l'examen par le SMR puisque ce dernier avait conclu que l'assuré ne souffrait d'aucune psychopathologie susceptible de diminuer sa capacité de travail. Dès lors, il a conclu à une pleine capacité de travail dès le mois d'octobre 2004. Par courrier du 28 mars 2007, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 4 novembre 2004, subsidiativement à ce que soit mise sur pied une expertise pluridisciplinaire. Le recourant reproche à l'OCAI de s'être fondé exclusivement sur un examen rhumato-psychiatrique dont les conclusions tranchent avec le tableau des troubles qu'il présente et avec les conclusions, concordantes, des nombreux autres médecins qui l'ont examinés, sans expliquer pourquoi les conclusions de ces derniers ont été écartées. Le recourant souligne le fait qu'il n'a pratiquement jamais manqué un jour de travail avant l'accident de la circulation dont il a été victime, accident dont il rappelle la gravité, attestée par la destruction totale de son véhicule, percuté à 120 km/h. L'assuré relève d'une part, que les Drs C_____ et I_____ ont posé le diagnostic de traumatisme de type "coup du lapin", d'autre part, que les Drs J_____ et K_____ eux-mêmes ont mentionné un

syndrome douloureux persistant intéressant le rachis dans son ensemble, un sentiment de fatigue permanent et insurmontable et des douleurs annoncées comme très vives dans la région sous-occipitale para-cervicale, dans la partie horizontale du trapèze, à la palpation des apophyses dorsales moyennes, de la région lombaire basse, de la charnière lombo-sacrée et de la région antéro-supérieure de l'hémi-thorax droit. Le recourant s'étonne que compte tenu de ce tableau de douleurs graves et persistantes dont la réalité n'a jamais été mise en doute, les Drs J_____ et K_____ aient pu conclure qu'il serait pleinement capable de travailler, de surcroît dans son activité antérieure sur des chantiers. Le recourant allègue avoir fait plusieurs tentatives de reprise du travail qui se sont à chaque fois soldées par des échecs en raison de douleurs insupportables. Il souligne les efforts qu'il a déployés pour retrouver un poste de travail et conteste que son état se soit amélioré depuis sa sortie de la CRR et en veut pour preuve que le rapport intermédiaire du Dr C_____ du 28 septembre 2004 fait toujours état de douleurs insupportables à la palpation de toute la musculature paracervicale et trapèze supérieure. Enfin, il reproche à l'OCAI un défaut de motivation de sa décision dans la mesure où ce dernier s'est contenté d'indiquer qu'il avait soumis les documents médicaux produits par l'assuré au SMR et que ce dernier avait confirmé qu'ils ne contenaient aucun élément susceptible de modifier leurs conclusions précédentes. Le recourant reproche aux Drs K_____ et J_____ d'avoir négligé les avis des nombreux autres spécialistes consultés et de ne pas avoir expliqué clairement pourquoi les avis de ces spécialistes étaient écartés. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 24 mai 2007, a conclu au rejet du recours. Il fait valoir que l'instruction est complète puisqu'un examen clinique bi-disciplinaire a été mis en place. Il souligne par ailleurs que selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les rapports médicaux établis par le SMR doivent se voir reconnaître une valeur probante. Dans un bref courrier du 3 août 2007, le Dr L_____, spécialiste FMH en médecine interne, a attesté pour le département des ressources humaines de Y_____ que l'assuré avait vu son état de santé s'améliorer régulièrement et que si la récupération n'était pas encore complète, le pronostic était bon de sorte qu'un engagement à 50% était médicalement indiqué et que l'on pouvait espérer une augmentation du temps de travail à l'avenir. A la suite de cela, un avenant a été ajouté au contrat de travail de l'assuré qui a été engagé à titre d'agent d'exploitation à 50 % (20 h./sem.) à compter du 1er septembre 2007. Le Dr C_____, entendu par le Tribunal de céans en date du 20 septembre 2007, a précisé que l'assuré, après avoir tenté une reprise du travail à 50 % au début du mois d'avril 2004, a à nouveau été dans l'incapacité totale de travailler du 16 avril 2004 au 2 mai 2006, date à laquelle il a repris une activité à 30 %. Depuis le 3 septembre 2007, il a été remis à 50 % Selon lui, ce sont les douleurs cervicales dorsales et lombaires occasionnées par la moindre charge mécanique importante qui ont rendu la reprise du travail impossible. Le témoin a relevé que l'assuré, depuis son arrivée en Suisse en 1991, et jusqu'à son accident en 2003, n'avait jamais été en arrêt de travail mis à part une fois, durant un mois, suite à une opération du tunnel carpien. Le témoin a indiqué que le Dr M_____ a établi un rapport dont il a eu connaissance mais il ne ressort aucun diagnostic précis. Le médecin a constaté que l'assuré ne rentrait dans aucune catégorie précise et qu'il ne remplissait pas les critères absolus, de sorte qu'il a écarté les diagnostics de syndrome post-traumatique et a minimisé celui-ci. Le témoin a souligné que les critères permettant de poser un tel diagnostic sont subjectifs, ce qui le rend difficile. Néanmoins, le Dr M_____ a reconnu la situation telle qu'elle est, c'est-à-dire que le recourant, qui avait jusqu'alors toujours été apte au travail et apprécié de son employeur, s'est trouvé du jour au lendemain en état de dysfonctionnement tant au niveau professionnel que familial. Le

rapport rhumato-psychiatrique établi par les Drs J_____ et K_____ a été soumis au témoin qui a relevé qu'une fois encore, les médecins s'étaient heurtés à la difficulté de placer le patient dans une catégorie et en ont tout simplement tiré la conclusion qu'il était apte au travail. Il a constaté par ailleurs que même s'ils parlaient de majoration des symptômes, ils n'avaient pu conclure ni à une sinistrose ni à une simulation et avaient mentionné un trouble anxieux dépressif réactionnel dont ils ont estimé qu'il n'entraînait pas d'incapacité. Pour sa part, le Dr C_____ a expliqué n'avoir pu poser formellement le diagnostic de whiplash (coup du lapin) car le patient ne lui a été adressé que trois semaines après l'accident, alors qu'un "coup du lapin" doit être constaté dans les heures et jours suivant l'accident. Il s'agit alors de pointer un certain nombre de symptômes se manifestant juste après le traumatisme. Le témoin a expliqué qu'en un tel cas, la durée d'incapacité de travail est très variable, car chaque personne gère la situation à sa manière. Il peut ne pas en avoir du tout, par exemple chez un travailleur qui ne travaille pas en force. En général, si l'incapacité dure plus de 6 mois, la probabilité qu'elle perdure à 100 % à long terme est grande (50 % de chances). Le Dr C_____ a souligné que le recourant a dû faire le deuil de l'idée que les médecins et les assurances pourraient l'aider pour se réinvestir et accepter l'idée de se réinsérer dans le monde du travail. Il a alors fait tous les efforts nécessaires pour retrouver un poste à 30 %. Le patient est actuellement limité dans sa capacité de travail par les douleurs qu'il ressent et qui augmentent au fil des heures dans l'activité de force qu'il exerce. Le fait qu'il travaille désormais à 50% est déjà une belle réussite qu'il faudrait consolider avant d'envisager plus. Dans une activité adaptée à son état, c'est-à-dire sédentaire, sa capacité de travail serait sans doute plus élevée sans que le témoin puisse être plus précis à ce sujet. Il a émis l'avis que même dans une activité adaptée, il persisterait sans doute une incapacité en terme d'heures et de rendement. Le recourant a précisé pour sa part qu'avant l'accident, il ne rencontrait aucune difficulté pour s'endormir, ne prenait aucun médicament et était très sportif. Il lui est désormais difficile de se baisser, de travailler les bras en hauteur, de marcher longtemps, de soulever des charges de plus de 7 kg. La nuit, les fourmis et les douleurs l'empêchent de dormir. Il travaille actuellement chez Y_____ où il fait de la manutention légère. Il peut faire de nombreuses pauses et un petit véhicule est à disposition pour effectuer ses déplacements dans l'aéroport de sorte qu'il n'a pas à marcher. Auparavant, il était au bénéfice d'un contrat d'auxiliaire à 30% mais son employeur lui a expliqué qu'il ne pourrait le garder que s'il acceptait un taux d'occupation de 50 %. Les douleurs sont toujours présentes mais le fait de ne pas travailler tous les jours lui permet de récupérer. Il ignore cependant s'il pourra continuer longtemps à ce taux d'occupation. Par courrier du 6 novembre 2007, le Dr I_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a brièvement indiqué ne pas connaître le patient et ne l'avoir vu qu'à une seule occasion, le 21 juin 2004 pour un avis, ceci en raison de persistance de douleurs à la nuque. Hormis une raideur de nuque, il n'a pas trouvé de déficit neurologique à l'examen, de ce fait aucune sanction neuro-chirurgicale n'a été retenue. Le Dr L_____ a été entendu à son tour en date du 29 novembre 2007. Il a précisé n'avoir vu le recourant qu'à une seule occasion avec un objectif très précis : répondre à la question de savoir s'il pouvait être engagé à 50% sans risque d'absentéisme accru. Il ne lui revenait donc pas de se prononcer sur une incapacité. Se basant sur un examen et un contact avec le médecin traitant de l'assuré, il a conclu par l'affirmative. Il confirme qu'à son avis, l'assuré pourrait augmenter son temps de travail au-delà de 50%. Il n'a en effet pas observé de véritable limitation fonctionnelle. Le patient se plaignait principalement de douleurs à la nuque; il a constaté une contracture de la musculature à ce niveau-là. Le témoin a précisé s'être prononcé par

rapport à l'activité exercée par l'assuré chez Y_____. Mais il a émis l'opinion que sa capacité devrait être sensiblement la même dans l'activité de maçon, dans la mesure où, en principe, son état devrait évoluer vers le mieux. Mais il s'agit là d'un simple pronostic. Le Dr H_____, spécialiste FMH en neurochirurgie a été entendu à son tour en date du 3 avril 2008. Le témoin a confirmé que le recourant a été victime d'un coup du lapin. Il a précisé que selon une étude canadienne, 98% des patients ayant subi une entorse cervicale sont guéris dans les deux ans suivant l'accident. Dans le cas de l'assuré, les examens radiologiques se sont révélés normaux. Il n'y a pas grand-chose d'objectivable, si ce n'est des contractures musculaires. On devrait donc tomber dans la statistique canadienne selon laquelle la capacité de travail entière aurait dû être recouvrée deux ans après l'accident. Le témoin a précisé que cette statistique ne s'applique, en revanche, pas lorsqu'il y a des lésions associées, par exemple un traumatisme crânien avec perte de connaissance ou d'autres lésions organiques telles que des fractures. Le Dr H_____ a indiqué que cela ne semble cependant pas être le cas du recourant, selon ses dires et au vu du fait qu'il a quitté rapidement l'hôpital après l'accident (il n'est resté qu'une nuit en observation). Les différents rapports du Dr E_____ ont été soumis au Dr H_____ qui a affirmé que cela ne modifiait en rien son appréciation selon laquelle le recourant présente un cas banal d'entorse cervicale. Certes, une fracture L4 est évoquée, mais il est précisé qu'il s'agit là d'éléments anciens en relation avec une hernie intra-spongieuse. Quant au reste du tableau symptomatique évoqué, il entre dans le cadre typique des suites d'une entorse cervicale banale. Le témoin a encore expliqué que l'on parle d'entorse cervicale banale lorsqu'il n'y a pas de lésion radiologique visible. La cinétique de l'accident joue certainement un rôle dans les suites de ce dernier. Mais en l'occurrence, il a indiqué ne pas disposer d'éléments à cet égard. Du point de vue strictement cervical, il n'y a selon le témoin aucun élément objectif qui interdirait à l'assuré de travailler à plein temps dans une activité adaptée. Le Dr H_____ a par ailleurs émis l'avis qu'une nouvelle expertise ne se justifie pas dans la mesure où la situation est tout à fait classique. Du point de vue cervical, les choses sont claires, selon lui. S'il devait y avoir des répercussions psychologiques, alors c'est sur le plan psychiatrique qu'il faudrait investiguer. Le témoin a préconisé une intervention globale, en ce sens qu'il faudrait une prise en charge multidisciplinaire comprenant notamment une intervention au niveau comportemental à laquelle le patient devrait participer activement, afin d'apprendre à gérer la situation, très difficile. Le Dr H_____ a encore précisé qu'il n'était absolument pas question de simulation, mais qu'il y avait simplement absence de traduction radiologique des douleurs alléguées par le patient. Il a répété qu'il ne voyait pas quel examen supplémentaire pourrait apporter des précisions. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la

décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1 , consid. 1; ATF 127 V 467 , consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). La décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à celle, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une demi-rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'il présente. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 261 consid. 4 et les références). c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions

de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Le recourant fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de la capacité de travail exclusivement sur le rapport d'examen rhumato-psychiatrique des Drs J_____ et K_____. Il soutient qu'une incapacité de travail au moins partielle devrait lui être reconnue dans la mesure où il est incapable de travailler plus qu'il ne le fait actuellement dans un poste léger et peu qualifié. Les diagnostics posés par les Drs J_____ et K_____ dans leur rapport - à savoir rachialgies étagées chroniques persistantes dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs étagés (M54.9), état de stress post-traumatique actuellement en rémission (F43.1), trouble anxieux et dépressif réactionnel à un accident de voiture (F41.2) et majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) - ne sont pas contestés. Seule demeure litigieuse la question de la répercussion éventuelle de ces affections sur la capacité de travail du recourant. Tout d'abord, il y a lieu de relever que le rapport des médecins du SMR se fonde sur une anamnèse détaillée et un examen clinique du recourant. Il mentionne également les plaintes de l'assuré. Le recourant reproche cependant aux médecins de n'avoir pas expliqué les raisons pour lesquelles ils s'étaient écartés de l'avis des

praticiens qui avaient conclu à une incapacité de travail. Force est cependant de constater à l'examen des différents documents médicaux versés au dossier que les conclusions des médecins du SMR sont corroborées par l'ensemble des médecins qui se sont prononcés sur le cas du recourant, à l'exception de son médecin-traitant, le Dr C_____. Les médecins du SMR ont d'abord relevé que l'examen clinique, tant neurologique qu'otoarticulaire périphérique se révélait normal, hormis quelques discrets troubles de la statique vertébrale au niveau rachidien. Le Dr C_____ avait déjà constaté en novembre 2003 que le status neurologique était normal. Les médecins de la CRR au printemps 2004, ont précisé que les radiographies du rachis cervical ne montraient aucune anomalie. Ces constatations ont été encore corroborées par le Dr H_____ et le Dr I_____. Ainsi que l'a précisé à bon escient le Dr H_____, il n'est cependant pas question de conclure à une quelconque simulation de la part du recourant. Force est simplement de constater que les douleurs qu'il allègue ne sont pas objectivables. Par ailleurs, elles ne se traduisent que par des limitations finalement minimales. Ainsi, les médecins du SMR n'ont relevé qu'une discrète limitation de mobilité du rachis cervical et dans une moindre mesure, dorsolombaire, également constatée par le Dr E_____ en janvier 2004. Le recourant lui-même a indiqué qu'il rencontre des difficultés pour se baisser, travailler les bras en hauteur, marcher longtemps, ou soulever des charges de plus de 7 kg. Force est cependant de constater que son travail actuel est adapté à ces limitations dans la mesure où il se limite à de la manutention légère, lui permet de s'aménager de nombreuses pauses et d'éviter les déplacements à pied grâce au petit véhicule mis à sa disposition. Il n'apparaît donc pas déraisonnable d'attendre de l'assuré qu'il augmente son temps de travail à 100%. Le Dr C_____ lui-même avait d'ailleurs admis, dans son rapport du 16 décembre 2004, que si l'activité de maçon n'était certes plus exigible, on pourrait attendre de l'assuré qu'il exerce une autre activité à plein temps, par exemple celle de magasinier, à condition d'éviter le port de lourdes charges. Le Dr L_____ est arrivé à la même conclusion, tout comme le Dr H_____. Ce dernier a précisé que du point de vue strictement cervical, il n'y a aucun élément objectif qui interdirait à l'assuré de travailler à plein temps dans une activité adaptée. Les conclusions des médecins du SMR, qui, s'ils ont admis la présence de troubles statiques et dégénératifs rachidiens étagés, ont estimé qu'ils étaient compatibles avec une capacité de travail complète, n'est donc pas un avis isolé, d'autant qu'ainsi qu'ils l'ont fait remarquer, les médecins de la CRR, à la sortie du recourant, n'avaient retenu une incapacité de travail que pour des raisons psychiques. A l'époque, le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait en effet été posé. Le Dr F_____ précisait cependant déjà que le recourant se trouvait à la limite inférieure du seuil diagnostique et avait déjà relevé une amélioration dans un rapport ultérieur du 5 mars 2004. Les médecins du SMR ont constaté que le stress post-traumatique était désormais en rémission, ce que ne conteste aucun autre médecin. Le médecin-traitant ne relève aucune limitation sur ce plan. Selon les médecins du SMR, seules persistent des bouffées d'angoisse s'inscrivant dans un trouble dépressif anxieux, ce qui ne constitue pas une atteinte à la santé incapacitante de façon durable, étant précisé qu'il s'agit d'une affection moins grave qu'un épisode dépressif majeur, même de degré léger. Dans ces circonstances, ainsi que le Dr H_____, l'a fait remarquer, dans la mesure où l'on se trouve dans une situation de coup du lapin "tout à fait classique" et que la situation est claire du point de vue cervical, il n'y a pas lieu de se livrer à des investigations supplémentaires, étant rappelé qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les

références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière, hypothèse qui n'est pas réalisée en l'espèce, comme on l'a vu supra. Eu égard aux considérations qui précèdent, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du SMR selon lesquelles l'assuré souffre bien de rachialgies chroniques dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs mais conserve une capacité de travail entière. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a nié le droit de l'assuré à une rente. A titre superfétatoire, le Tribunal ajoutera que même si l'on devait admettre que l'activité de maçon - qui paraît tout de même relativement lourde - ne peut plus être exigée de l'assuré, il en va différemment du poste qu'il occupe actuellement et dont on pourrait raisonnablement attendre qu'il l'exerce à plein temps. En ce cas, la comparaison des gains entre le salaire réalisé auparavant dans l'activité de maçon, soit 63'427 fr. 30 (47'570.50 d'avril à décembre 2002 selon décompte LPP), et le revenu que l'assuré pourrait désormais obtenir en exerçant le poste qui est actuellement le sien à plein temps, soit 48'396 fr. (2'016.50 par mois à mi-temps), conduit à un degré d'invalidité de 23,7%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable . Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ). La greffière Yaël BENZ La Présidente : Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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