

GE_GERICHTE A/2660/2011 vom 15. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2660_2011

FR: GE_GERICHTE A/2660/2011 du 15 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/2660/2011 del 15 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur G _____, domicilié c/o Mme H _____, à Genève, représenté par CARITAS GENEVE, M. I _____ recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur G _____ (ci-après l'assuré), ressortissant portugais né en 1964, a travaillé en tant qu'employé chargé de la maintenance de machines à café jusqu'au 30 mars 2009, date dès laquelle il a perçu des indemnités de chômage. Par certificats établis mensuellement, le Dr L _____, médecin adjoint auprès du Service de chirurgie orthopédique des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG) a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 29 novembre 2009 au 30 juin 2010. Dans son rapport du 14 janvier 2010, le Dr L _____ a indiqué que l'assuré avait été opéré six semaines auparavant d'une corpectomie C6 pour une cervicobrachialgie avec myélopathie chronique sur sténose. L'évolution radiologique était stable et l'assuré décrivait une discrète amélioration globale des symptômes. La cervicobrachialgie gauche avait bien diminué. Une faiblesse était encore ressentie sur le territoire du nerf ulnaire. Les symptômes à la hanche gauche s'étaient également atténués, mais l'assuré se plaignait encore de sensations de chaleur apparaissant à la marche dans les deux pieds. Le médecin a exposé avoir expliqué à l'assuré que le but de l'intervention chirurgicale était de stopper la progression de la myélopathie, mais qu'une récupération sur le plan symptomatique et des déficits fonctionnels ne pourrait se faire que sur plusieurs mois ou années. Le 16 mars 2010, la Dresse M _____, spécialiste FMH en neurologie, a réalisé un électroneuromyographe (ENMG) de l'assuré. Celui-ci se plaignait depuis environ quatre ans de nualgies et lombalgies chroniques avec irradiation dans les épaules et dans les membres inférieurs à prédominance droite. Il signalait des douleurs de type brûlure et une chaleur au niveau des pieds, s'aggravant à la marche, ainsi que des douleurs avec des paresthésies diffuses des mains, prédominant dans les index des deux côtés. Un ENMG réalisé le 9 février 2006 ne montrait pas d'anomalie aux membres inférieurs, notamment pas de signe d'une polyneuropathie ni de signe de dénervation aiguë ou chronique dans les myotomes L2-S1 à droite. Une IRM pratiquée le 27 mars 2006 avait mis en évidence un rétrécissement constitutionnel du canal lombaire et des discopathies étagées sans conflit disco-radiculaire. L'IRM du 22 juin 2006 avait révélé un rétrécissement constitutionnel du canal cervical, aggravé par des remaniements dégénératifs disco-vertébraux étagés à prédominance C5-C6, responsables de rétrécissement de l'espace prémédullaire latéralisé à gauche, sans signe de myélopathie cervicale. Une nouvelle IRM du 29 septembre 2009 avait montré une discarthrose marquée au niveau C5-C6 avec une sténose du canal cervical et de discrets signes de myélopathie compressive du côté gauche en T2. Depuis l'intervention, la cervicobrachialgie gauche s'était améliorée. Des sensations de brûlure dans les pieds, des paresthésies ainsi que des douleurs dans les mains persistaient néanmoins. Lors de

l'examen, la Dresse M_____ a constaté une hyperréflexie avec signe de Hoffmann bilatérale, des réflexes cutanés plantaires indifférents, une probable hypertonie aux membres inférieurs mais aucun déficit sensitivo-moteur. L'ENMG des membres inférieurs et du membre supérieur gauche ne montrait pas d'anomalie, notamment pas de polyneuropathie, et il n'y avait pas d'argument pour une atteinte radiculaire. Les symptômes de l'assuré pouvaient évoquer les séquelles d'une myélopathie cervicale, également compte tenu de l'anomalie du signal en T2 intra-médullaire apparu à l'IRM en 2009. La symptomatologie avec des douleurs diffuses suggérait également quelques éléments en faveur d'une fibromyalgie. Par courrier du 29 avril 2010 adressé au Dr N_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assuré, le Dr L_____ a indiqué qu'il avait revu l'assuré, qui s'était plaint de sensations de brûlures aux mains et aux pieds et de douleurs gênantes. L'imagerie de la colonne cervicale montrait que le canal rachidien était parfaitement libre et le matériel mis en place bien implanté. La mobilité de la colonne cervicale s'était nettement améliorée, l'assuré ressentant très peu de douleurs à l'exception d'une douleur paravertébrale de la nuque à gauche. Un électromyogramme s'était révélé tout à fait rassurant, mais la Dresse M_____ avait évoqué des séquelles de myélopathie cervicale ou une fibromyalgie, diagnostic qui n'avait finalement pas été retenu par le Dr O_____, rhumatologue. Une origine périphérique des symptômes semblait donc exclue pour l'instant. Le Dr L_____ concluait à des séquelles d'une myélopathie cervicale chronique, chez un assuré au contexte socioprofessionnel difficile. Un traitement par antidépresseurs était proposé. S'il devait se révéler inefficace, l'assuré serait adressé au centre de consultation de la douleur afin d'explorer la probabilité d'implantation d'un stimulateur médullaire. Dans son avis du 11 juin 2010, le Dr P_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (OCE), a indiqué que l'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 27 novembre 2009. Le pronostic d'une reprise du travail était très réservé et le médecin avait encouragé l'assuré à déposer une demande de prestations d'invalidité. Le même jour, l'assuré a déposé une demande de rente auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI), en invoquant des problèmes de dos existant depuis 2006. Dans son rapport du 27 juillet 2010, le Dr L_____ a posé le diagnostic de myélopathie cervicale chronique. L'incapacité de travail était totale depuis le mois de mars 2009. L'assuré souffrait de cervicalgies, qui s'étaient cependant améliorées, et de très importantes dysesthésies des membres inférieurs et supérieurs. L'activité de technicien en photocopieuses n'était plus exigible, et une reprise de l'activité professionnelle ne pouvait être envisagée. Le Dr L_____ ne voyait pas quelle activité adaptée conviendrait à l'assuré, qui se plaignait de dysesthésies continues l'empêchant notamment de marcher normalement. Il n'avait donc pas de capacité de travail résiduelle. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas d'activités uniquement assis, uniquement debout ou avec alternance des positions, pas d'activités nécessitant de marcher, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, impliquant le port de charges ou de monter sur une échelle. La capacité de concentration et la résistance étaient limitées. Le Dr N_____, dans son rapport du 25 août 2010, a posé le diagnostic de sténose canalaire cervicale avec myélopathie depuis 2008 ou 2009, avec répercussions sur la capacité de travail, et d'hypothyroïdie sans incidence sur la capacité de travail. L'assuré souffrait de myélopathie cervicale depuis 2006 et l'intervention chirurgicale de 2009 s'était soldée par un échec. Il souffrait de douleurs cervicales fortes, d'un syndrome cervicobrachial, de douleurs "anamnestiques" d'hyporéflexie du membre supérieur droit, et d'un état dépressif réactionnel. Le pronostic était réservé. Aucune mesure médicale ne

permettrait de diminuer ses limitations fonctionnelles et la reprise du travail n'était pas envisageable. La capacité de travail était nulle dans toutes les activités. Le Dr N _____ a fait état des limitations fonctionnelles suivantes: activités uniquement assis à 50 % au plus, pas d'activités uniquement debout ou avec alternance des positions, pas d'activités nécessitant de marcher, se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, accroupi, à genoux, impliquant le port de charges, de gravir des escaliers ou de monter sur une échelle. Les capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et la résistance de l'assurée étaient limitées en raison d'une très importante anxiété. Dans son rapport du 31 août 2010, la Dresse M _____, a posé le diagnostic de myélopathie cervicale sur canal cervical étroit constitutionnel et dégénératif depuis 2006 environ, ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'assuré souffrait de cervicalgies, lombalgies, douleurs aux pieds et aux mains, paresthésies des quatre membres et de syndrome pyramidal avec hyperréflexie. Le pronostic était incertain, mais la Dresse M _____ pouvait difficilement se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, qu'elle n'avait vu qu'une seule fois pour un électroneuromyographe. L'OAI a confié une expertise médicale au Dr Q _____, spécialiste FMH en neurologie. Celui-ci a rendu son rapport le 15 novembre 2010, dans lequel il a résumé le dossier de l'assuré et procédé à l'anamnèse. Les plaintes actuelles étaient les suivantes: douleurs diffuses partiellement soulagées par des antalgiques, décrites comme des sortes de piqûres et prédominant dans tout le rachis ainsi qu'aux pieds, permanentes et exacerbées par les changements de temps et de lune. La mobilité de la nuque était très limitée. L'assuré signalait également une très importante fatigue chronique, présente dès le réveil, et des fourmillements dans le territoire douloureux. Le moral était "terrible", l'assuré se sentant seul et toujours triste. Il s'était isolé socialement, n'avait que peu de contacts et aucun ami. Il avait pris 4 kg. Il considérait que sa vie était finie, se sentait vieux et ne se considérait pas apte à reprendre une activité professionnelle, bien qu'il l'eût souhaité. A l'examen, le Dr Q _____ a notamment constaté que l'assuré avait un faciès triste, une thymie très nettement dépressive, et pleurait à l'évocation de ses problèmes. Il n'était pas revendicateur et exprimait ses plaintes sans exagération. Il était légèrement ralenti. Les déplacements s'effectuaient avec quelques précautions mais sans boiterie, les changements de position semblaient très douloureux. Dans son appréciation, l'expert a relevé que l'assuré souffrait d'un état dépressif manifeste avec une tendance aux pleurs. Du point de vue neurologique, il n'y avait pas d'anomalie significative. Les réflexes tendineux étaient vifs, mais sans composante pathologique et les cutanés abdominaux vifs dans les quatre quadrants. On ne pouvait dès lors retenir la présence de signes cortico-spinaux. Toutes les modalités sensitives étaient parfaitement conservées. Il n'y avait objectivement pas de syndrome médullaire séquellaire. De plus, les douleurs décrites par l'assuré étaient très peu évocatrices de douleurs neuropathiques séquellaires d'une atteinte médullaire. La douleur neuropathique était en effet une douleur constante, non modulée par l'activité physique, alors que l'assuré grimaçait à la moindre mobilisation. Sur le plan radiologique, les examens préopératoires mettaient en évidence la présence d'un canal cervical étroit, très segmentaire à la hauteur du disque C5-C6, en relation avec une discopathie et protrusion discale circonférentielle. Une discrète atteinte médullaire était possible compte tenu de la présence de la suspicion d'un très discret hypersignal T2 sur les coupes sagittales en IRM. En revanche, il n'y avait pas d'anomalie significative au niveau lombaire. Le Dr Q _____ a posé le diagnostic de syndrome douloureux diffus à caractère mécanique sans substrat neurologique sous-jacent depuis 2006, compatible avec un trouble somatoforme douloureux, associé à un important état dépressif, en précisant qu'il avait une répercussion

sur la capacité de travail. Un avis psychiatrique était dès lors requis pour confirmer le diagnostic et les éventuelles limitations fonctionnelles qui y étaient liées. L'assuré présentait également un status après corporectomie C6 et mise en place d'une cage expansible et plaque cervicale antérieure, sans séquelles neurologiques. S'agissant des limitations, l'expert a noté que la douleur diffuse signalée par l'assuré et observée dans son comportement était sévère et invalidante, et ne permettait pas une activité professionnelle. Il existait de plus manifestement un état dépressif, et l'assuré mentionnait un retrait social. Par conséquent, l'assuré ne disposait d'aucune capacité résiduelle de travail. Des mesures de réadaptation pourraient être envisagées en fonction de l'état psychologique de l'assuré, mais sa capacité de travail ne pouvait être améliorée pour l'heure. L'expert a cependant ajouté que d'un strict point de vue neurologique, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle ni d'incapacité de travail. Une expertise psychiatrique a été réalisée le 28 mars 2011 par le Dr R_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et Madame H_____, psychologue. Leur rapport du 21 avril suivant comprend une anamnèse complète, et un résumé du dossier médical de l'assuré. Ils ont également relaté les plaintes de l'assuré, qui s'est dit fortement limité par ses douleurs cervicales qui l'empêchaient de bouger la tête et de se pencher et a signalé des douleurs dans tout le corps, au niveau lombaire, dans les avant-bras, les poignets, les cuisses, les jambes et sous la plante des pieds. L'assuré s'occupait de son ménage, des courses et de la cuisine. Il sortait dans l'après-midi pour marcher un peu et se rendait parfois chez son frère. Des tests psychométriques ont révélé un score de 10-11 sur l'échelle de Hamilton 17 (hétéro-évaluation de la dépression), correspondant à une dépression légère, et un score de 34 sur l'échelle de Beck 21 (auto-évaluation de la dépression), ce qui est indicateur d'une dépression sévère. Les experts ont relevé que la disparité dans les tests expliquait par avance les discordances potentielles d'appréciation entre le médecin traitant et l'expert. Dans le cadre de l'examen clinique, les experts ont noté que l'assuré conservait sa tête immobile sur sa nuque, comme bloquée. Il se déplaçait cependant sans limitations. Il paraissait très légèrement tendu, mais n'était pas émotif et ne pleurait pas. L'examen neuropsychologique s'est révélé dans les normes, et l'assuré ne présentait pas de troubles patents de la concentration, de la mémoire ou de la fixation. Son tableau clinique était dominé essentiellement par une symptomatologie algique, sans dépressivité marquée, ni anhédonie, aboulie ou apragmatisme. Il n'avait pas d'idéation suicidaire, et s'il se sentait parfois épuisé par ses problèmes physiques, il ne se percevait pas comme dépressif. Aucun argument en faveur d'un trouble de l'anxiété généralisée ou trouble panique au sens du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) n'était constaté, ni en faveur d'un état de stress post-traumatique. Il n'y avait pas non plus de signes florides de la lignée psychotique, ni de trouble majeur de la personnalité. A l'issue de leur examen, les experts ont posé les diagnostics de trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale chronique, et d'hypothyroïdie, sans incidence sur la capacité de travail. S'agissant des critères permettant d'évaluer s'il est exigible d'un assuré qu'il surmonte par un effort de volonté les douleurs dont il souffre, les experts ont noté qu'il n'y avait pas d'évidence pour un état dépressif majeur ou une atteinte psychologique majeure, ni indices en faveur d'un trouble majeur de la personnalité. L'assuré paraissait faiblement intégré, mais il avait des contacts réguliers avec son frère et son environnement social ne s'était guère modifié au cours des dernières années. Compte tenu de son parcours de vie, on ne pouvait parler d'une véritable perte d'intégration sociale, tout au plus d'un sentiment de rétrogradation dans ses qualifications professionnelles depuis son arrivée en Suisse pour des motifs économiques. L'assuré ne semblait pas non plus spécialement dolent

et algique. Du point de vue psychiatrique, il n'y avait pas de pathologie psychique incapacitante pour justifier une diminution de sa capacité de travail dans une activité adaptée. Le pronostic paraissait défavorable, car l'assuré semblait très fixé dans sa maladie, sans exprimer de motivation quant à la reprise d'une activité professionnelle. Partant, un reclassement professionnel ne paraissait guère indiqué. Les experts ont conclu que du point de vue psychiatrique, la capacité de travail était totale depuis toujours dans l'activité habituelle, sans diminution de rendement. Dans son avis du 24 mai 2011, le Dr S _____, médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR), a relevé que l'expertise du Dr R _____ répondait aux critères de qualité de tels examens et écartait toute affection psychiatrique. Partant, la capacité de travail de l'assuré était entière quelle que soit l'activité, sans limitation fonctionnelle justifiée. L'incapacité liée à l'affection cervicale et l'intervention chirurgicale n'était pas durable. L'OAI a adressé un projet de décision à l'assuré en date du 30 mai 2011, refusant le droit aux prestations compte tenu de sa capacité de travail totale tant dans l'activité habituelle. Par décision du 4 juillet 2011, l'OAI a confirmé la teneur de son projet. Par acte du 5 septembre 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision et à l'octroi de prestations d'invalidité. Il rappelle que ses ennuis de santé sont survenus en 2006, avec l'apparition de douleurs de type brûlures et de lombalgies et nuchalgies chroniques. Un rétrécissement du canal cervical avait été mis en évidence par les examens IRM, et une intervention chirurgicale avait eu lieu le 30 novembre 2009. Il relève que le Dr Q _____ a considéré qu'il ne disposait d'aucune capacité de travail. Ainsi, si l'expertise psychiatrique a écarté une atteinte invalidante, tous les autres médecins ont conclu du point de vue somatique à une capacité de travail nulle. Dans sa réponse du 20 septembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il relève que seule l'incapacité de travail physique est litigieuse, et se rallie sur ce point aux conclusions du Dr S _____ dans son avis du 24 mai 2011, aux termes desquelles l'assuré dispose d'une capacité de travail entière quelle que soit l'activité. Par courrier du 26 septembre 2011, la Cour de céans a transmis cette écriture à l'assuré en l'informant de son droit de consulter les pièces du dossier. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 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 au cas d'espèce. Le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 LPGA). Interjeté dans la forme prévue par la loi, il est donc recevable (art. 56 à 60 LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations d'invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité. 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). 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 malade, 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 I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1; ATF 102 V 165). 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 sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 , 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. 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 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 (ATF I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de 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 (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 (Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). 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). Il convient d'analyser les différents rapports médicaux à la lumière de la jurisprudence précitée. Le rapport du Dr R_____ et de Madame H_____ satisfait pleinement aux réquisits jurisprudentiels développés ci-dessus. Il a en effet été établi en parfaite connaissance du dossier médical de l'assuré, se fonde sur un examen clinique ainsi que des épreuves biométriques, et relate les plaintes de l'assuré. Les experts exposent de manière convaincante pour quelles raisons l'existence d'une maladie psychique doit être exclue. Il n'existe dès lors aucun motif de revenir sur les conclusions claires et motivées de cette expertise, que l'assuré ne remet au demeurant pas en question. Quant à l'expertise du Dr Q_____, elle correspond formellement également aux critères dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'elle se fonde sur l'étude du dossier, contient une anamnèse, tient compte des plaintes du patient et qu'elle a été établie après un examen neurologique détaillé. Ses conclusions sur le plan neurologique, selon lesquelles l'assuré ne présente aucune atteinte limitant sa capacité de travail, doivent être suivies. Il est vrai que ce spécialiste considère que l'assuré est totalement incapable de travailler en raison d'un trouble somatoforme douloureux. Il y a cependant lieu de s'écarter de ces conclusions, dès lors que le Dr Q_____ admet qu'un avis psychiatrique est nécessaire pour confirmer ce diagnostic, et que l'incapacité de travail

semble motivée avant tout par les douleurs alléguées par l'assuré, auxquelles le Dr Q_____ n'a cependant pas pu trouver d'explication neurologique. Or, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance-invalidité, 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). La Cour de céans s'écartera dès lors des conclusions du Dr Q_____, s'agissant de l'incapacité de travail du recourant, en relevant que la jurisprudence n'interdit pas de reconnaître une pleine valeur probante à un document médical et d'en écarter une conclusion sur un point précis (ATF I 1091/06 du 27 novembre 2007, consid. 4). Ainsi, contrairement à ce qu'affirme l'assuré, les médecins n'admettent pas de manière unanime que sa capacité de travail est nulle du point de vue somatique, l'expert neurologue ayant écarté toute incapacité dans son domaine de spécialité. S'agissant des rapports du Dr L_____, ce dernier a certes fait état d'une incapacité de travail totale dans son rapport du 27 juillet 2010. Cette conclusion n'est cependant guère motivée, et semble se fonder essentiellement sur l'appréciation subjective par l'assuré de sa capacité de travail et sur des dysesthésies qui l'empêcheraient de marcher normalement, alors qu'aucune atteinte physique ne permet de les expliquer. Les mêmes constatations s'imposent à l'égard du rapport du 25 août 2010 du Dr N_____. Ce dernier a d'ailleurs recensé de très nombreuses limitations fonctionnelles, qui ne sont pas corroborées par des diagnostics précis. L'avis du Dr P_____, qui conclut à l'incapacité de travail de l'assuré sans mentionner de diagnostics, ne peut non plus se voir reconnaître une quelconque valeur probante. On notera d'ailleurs que l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité n'ont pas un caractère complémentaire réciproque et tiennent compte de critères différents: l'incapacité de travail pour l'assurance-invalidité et l'aptitude au placement pour l'assurance-chômage. Un assuré peut dès lors être inapte au placement du point de vue de la législation sur l'assurance-chômage et se voir nier le droit à l'indemnité, même si son incapacité de travail est trop faible pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité (ATF 9C_872/2009 du 30 juin 2010, consid. 4). Quant au rapport de la Dresse M_____, on rappelle qu'il ne contient aucune indication sur la capacité de travail de l'assuré. Pour le surplus, cette neurologue n'a constaté aucun déficit sensitivo-moteur et l'ENMG qu'elle a réalisé n'a pas mis en évidence d'anomalie. Ses diagnostics rejoignent ainsi largement ceux du Dr Q_____. Enfin, si l'expert psychiatre a effectivement reconnu que l'assuré souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, il a exclu une comorbidité psychiatrique et les critères jurisprudentiels permettant d'admettre le caractère invalidant d'un tel trouble ne sont pas réunis en l'espèce. Si on peut considérer que l'assuré a effectivement une affection corporelle, il s'agit d'une atteinte relativement récente et ses douleurs se sont dans un premier temps améliorées après l'intervention chirurgicale de novembre 2009. Comme l'a relevé le Dr R_____, le relatif isolement social de l'assuré - qui continue à voir son frère - est antérieur à l'apparition de son trouble, de sorte qu'il n'en est pas une conséquence. Le psychiatre n'a pas non évoqué d'état psychique cristallisé, sans évolution possible. Compte tenu de ce qui précède, aucun élément médical ne permet d'admettre une restriction de la capacité de travail de l'assuré ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Mal fondé, le recours doit être rejeté. La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), le recourant sera astreint au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'assuré.

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.