

## **GE\_GERICHTE A/2727/2006 vom 6. März 2007**

GE Cour de justice, 2007-03-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2727\\_2006](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2727_2006)

FR: GE\_GERICHTE A/2727/2006 du 6 mars 2007

IT: GE\_GERICHTE A/2727/2006 del 6 marzo 2007

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175 ), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

#### **E. 10**

Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En l'espèce, l'assuré a subi plusieurs accidents consécutifs, lors desquels il a souffert de coups du lapin. Le Dr A \_\_\_\_\_ et le Dr B \_\_\_\_\_ faisaient état dans leurs rapports respectifs des 23 septembre 2002 et 5 mars 2003 de traumatisme crânio-occipital. Les médecins ont par ailleurs souligné l'importance d'une composante dépressive marquée. Une incapacité de travail entière a été reconnue à l'assuré du 11 mai 2001 à août 2002, date à compter de laquelle le Dr C \_\_\_\_\_ a considéré que son état dépressif majeur était tout au plus de gravité légère à moyenne, et que la reconnaissance d'une capacité de travail de 40% représenterait un compromis "équitable". Les trois médecins consultés par le médecin traitant ne se sont pas déterminés sur le taux d'incapacité de travail. L'examen psychiatrique conduit par le Dr C \_\_\_\_\_ le 20 août 2004 se fonde sur un examen clinique complet et prend également en considération les plaintes exprimées par le recourant. Ce rapport a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Le médecin s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte que le rapport d'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante. Une nouvelle expertise médicale s'avère dans ces conditions inutile. Il y a lieu de constater que le Dr B \_\_\_\_\_ en 2003, le Dr C \_\_\_\_\_, dans son expertise et le Dr H \_\_\_\_\_, en octobre 2005, ont relevé une discordance manifeste entre l'importance des plaintes et du handicap allégué et les constatations objectives. La Dresse F \_\_\_\_\_ précise qu'aucun substrat organique n'a été mis en évidence dans les derniers bilans effectués. Le Dr G \_\_\_\_\_ constate que les douleurs semblent dépasser le cadre habituel auquel on pourrait s'attendre après les traumatismes subis. Il indique à cet égard qu'il n'y a pas de logique dans la distribution des troubles sensitifs. Le Dr H \_\_\_\_\_ a de même fait état d'aberrations neurologiques. Le médecin traitant, les spécialistes consultés par lui et les médecins du SMR sont d'accord pour dire que l'assuré souffre d'un trouble somatoforme douloureux. Seul le Dr E \_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 décembre 2005 évalue l'incapacité de travail à 80% depuis fin 2001 et fait succinctement état d'une aggravation de l'état de santé. Dans son complément d'expertise du 18 mai 2006, le Dr C \_\_\_\_\_ a préalablement souligné le fait que les conclusions de son expertise du 20 août 2004 rejoignent celles de la Dresse F \_\_\_\_\_ et a confirmé le taux de 40% d'incapacité de travail. Ni la Dresse F \_\_\_\_\_ ni le Dr C \_\_\_\_\_ n'ont fait état de trouble psychiatrique grave, ce dernier s'étant borné à évoquer une évolution vers une sorte de névrose de rente. Selon la Dresse F \_\_\_\_\_, l'assuré présente des symptômes thymiques légers et fluctuants. L'état dépressif diagnostiqué dès le début est qualifié de moyen à léger par le Dr C \_\_\_\_\_ dès août 2002 et d'état réactionnel par le Dr E \_\_\_\_\_. Il ne saurait ainsi être constitutif d'une comorbidité psychiatrique au sens de la jurisprudence. De plus, le TFA estime que les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356, consid. 3.3.1). Restent les autres critères établis par la jurisprudence. Il y a à cet égard lieu d'examiner si l'assuré en réunit plusieurs en sa personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle à plein temps. Le critère relatif aux affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé, l'assuré souffrant depuis plusieurs années de divers troubles (temporalgies gauches irradiant dans la

nuque, les épaules jusqu'aux doigts). Il ne subit en revanche pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie au sens de la jurisprudence (2). La Dresse F \_\_\_\_\_ n'a en effet mentionné qu'une tendance à un isolement social relatif. Le Dr C \_\_\_\_\_ a relevé que la situation familiale paraît être aplanie (l'assuré a pu renouer des contacts avec sa fille); qu'en revanche, l'évolution se fait vers une sorte de névrose de rente (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence). Il y a par ailleurs lieu de rappeler que l'assuré n'a pas cessé toute activité lucrative; il a réaménagé ses horaires en travaillant quelques après-midi par semaine entre 12 h 30 et 19 h 00 environ. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les troubles psychiques en cause ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de sa capacité de travail. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. En l'absence de comorbidité psychiatrique, l'incapacité de travail résultant de tels troubles s'évalue en effet à la lumière de critères jurisprudentiels et non plus en regard des seules conclusions médicales dont il est dès lors possible de s'écarter. Il s'ensuit que le degré d'invalidité de 40% depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2002 ne peut être que confirmé. Le calcul auquel a procédé la CCGC pour déterminer le montant de la rente due à l'assuré est par ailleurs conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables. Aussi le recours, mal fondé, doit-il être rejeté.

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