

GE_GERICHTE A/283/2011 vom 29. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_283_2011

FR: GE_GERICHTE A/283/2011 du 29 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/283/2011 del 29 novembre 2011

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Monsieur P _____, domicilié à Châtelaine, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Suzette CHEVALIER recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis Rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur P _____ (ci-après l'assuré), né en 1955, d'origine serbe, a travaillé, depuis son arrivée en Suisse en avril 1988, en tant que maçon spécialisé dans le polissage auprès de X _____ S.A. (ci-après l'employeur). Le 22 janvier 2008, l'assuré a subi un accident qui a causé une rupture partielle du tendon du sus-épineux et du muscle sous-scapulaire de l'épaule droite. Il est depuis lors en incapacité de travail totale. Les suites du cas ont été prises en charge par la SUVA (ci-après l'assureur-accidents). Le 1^{er} juillet 2008, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI). Par rapport du 18 mars 2009, le Dr A _____, médecin traitant, a diagnostiqué une lésion partielle du tendon du sus-épineux de type PASTA à l'épaule droite et une lésion partielle du versant articulaire du tendon. L'incapacité de travail était totale dans toute activité. Par rapport du 15 mai 2009, le Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui suit l'assuré depuis le 28 août 2008, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) existant depuis début 2008. Ce médecin a expliqué que l'assuré lui avait été adressé en raison d'un état anxio-dépressif majeur apparu dans le cadre de douleurs chroniques post-traumatiques à l'épaule droite. Il présentait une humeur dépressive, des ruminations nocturnes, des insomnies rebelles, de la nervosité, une hypersensibilité aux bruits, une irritabilité, un repli sur soi, une perte pondérale de 12 kg en sept mois et un pessimisme avec des idées noires non suicidaires. Sous traitement, l'assuré était un peu plus calme, moins nerveux, moins irritable et moins sensible aux bruits, il dormait mieux (sans cauchemars), mais il était très gêné par les troubles cognitifs (mémoire de fixation, concentration et fatigabilité). Le médecin espérait que l'amélioration sous traitement se poursuive, mais cela dépendait d'une évolution somatique favorable de l'épaule droite. Grâce aux traitements médicamenteux et de soutien, l'assuré présentait une amélioration de la thymie, mais sans répercussion sur la capacité de travail globale, toujours nulle, laquelle dépendait surtout de l'état de santé physique. Enfin, le médecin a précisé que les troubles affectivo-cognitifs interféraient avec la capacité de travail et augmentaient le risque d'accidents. Le 12 août 2009, l'assuré a été examiné, à la demande de l'assureur-accidents, par le Dr G _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Par rapport du 19 août 2009, ce médecin a diagnostiqué des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Cinq à six mois après l'accident, des problèmes du registre psychique étaient apparus, à savoir principalement de la nervosité, de l'anxiété, une irritabilité et des insomnies. Le Dr B _____ avait constaté la présence d'un état dépressif d'intensité sévère, mais qui avait bien répondu à un traitement médicamenteux. Lors de l'examen,

l'expert ne constatait plus d'intensité dépressive sévère, mais plutôt légère, qui était désormais présente de manière continue. Il s'agissait clairement d'une difficulté d'adaptation par rapport à un événement stressant, qui avait complètement déstabilisé et modifié la vie de l'assuré, un événement accidentel auquel il ne pouvait s'adapter et qui était à l'origine de la problématique psychique. Il rejoignait le Dr B _____, à savoir que l'état psychique allait persister aussi longtemps qu'une solution acceptable pour l'assuré ne sera pas trouvée, objectif qui était particulièrement difficile à atteindre. L'aspect psychique n'allait pas limiter la réadaptation, mais plutôt les capacités physiques réelles de l'assuré. Dans un formulaire adressé le 15 juin 2009 à l'assureur-accidents, l'employeur a indiqué que l'assuré avait été une force de la nature et qu'il avait eu un rendement de 40% supérieur au meilleur de ses collègues de travail. Le 20 novembre 2009, l'assuré a été examiné par le Dr C _____, médecin d'arrondissement de l'assureur-accidents et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier a constaté une insuffisance de la coiffe des rotateurs associée à une possible fracture ou contusion du trochiter. L'évolution avait été défavorable, avec persistance d'une limitation fonctionnelle douloureuse de l'épaule avec signe d'une capsulite rétractile et sur lequel se greffait un syndrome cervico-brachial avec signe déficitaire sensitif du membre supérieur droit. La problématique cervico-brachiale, déjà symptomatique avant l'accident, justifiait des investigations complémentaires, mais qui ne relevaient pas de l'assurance-accident. La limitation fonctionnelle de l'épaule et les troubles cervicaux-brachiaux ne permettaient pas d'envisager le retour vers une capacité de travail dans une activité de construction. En se basant exclusivement sur les séquelles de l'accident, une pleine capacité de travail pourrait être mise en valeur dans une activité légère, à hauteur d'établi, n'exigeant pas de sollicitations répétées du membre supérieur droit, ni de manutentions ou de sollicitations de l'épaule au-dessus de l'horizontale. Enfin, dans le cas où un reclassement professionnel devait être entrepris, il y avait lieu de tenir compte de la pathologie cervicale. Par rapport du 7 décembre 2009, la Dresse D _____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cervicale effectuée le même jour révélait des troubles statiques avec inversion de la lordose en C3-C4 et une hernie discale postéro-latérale et foraminale gauche occupant 1/3 du canal cervical à cet étage. Le 12 février 2010, une IRM de l'épaule droite de l'assuré a été réalisée en raison de la suspicion d'une épaule gelée. Par rapport du 15 février 2010, le Dr Frank K _____, spécialiste FMH en radiologie, a constaté des signes compatibles avec la présence d'ulcérations superficielles touchant le versant bursal et articulaire du tendon supra-épineux à son 1/3 antérieur sans déchirure ni rétraction tendineuse évidente néanmoins. Il y avait également des signes de bursite sous-acromiale, mais pas d'argument en faveur d'une capsulite rétractile, cette dernière n'étant évidemment pas exclue sur la seule base de cet examen. Par avis du 6 avril 2010, le Dr E _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après SMR), a retenu les conclusions du Dr C _____. Ainsi, l'assuré présentait une rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Il ne pouvait plus exercer son activité habituelle, mais dès le 20 novembre 2009 (date de l'examen effectué par le Dr C _____), l'assuré avait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : activité légère, à hauteur d'établi, n'exigeant pas de sollicitations répétées du membre supérieur droit, ni de manutentions ou sollicitations de l'épaule au-dessus de l'horizontale. Le 28 avril 2010, l'assuré a eu un entretien auprès du service de la réadaptation professionnelle de l'OAI, au cours duquel il a notamment indiqué qu'il souffrait de douleurs à la nuque. Un stage d'orientation professionnelle a été mis en place par l'OAI du 31 mai au

29 août 2010 pour déterminer les professions susceptibles de convenir aux limitations fonctionnelles de l'assuré. Les Etablissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) ont rédigé un rapport daté du 21 septembre 2010, dont il résulte que l'attitude de l'assuré n'était pas en adéquation avec les exigences en vigueur dans le milieu économique normal pour qu'il puisse être placé dans une entreprise. Il était trop plaintif et très centré sur ses douleurs. Il n'était pas dans une dynamique de reclassement professionnel. Ses nombreuses absences n'avaient pas permis la poursuite de l'observation dans l'atelier d'entraînement aux activités industrielles simples. Son niveau scolaire et surtout son français lacunaire ne permettaient pas de l'orienter vers d'autres activités. Enfin, étant donné que les EPI ne pouvaient pas déterminer à quel point la pathologie était handicapante pour l'assuré, ils proposaient à l'OAI de réinterroger le corps médical. Les EPI ont par ailleurs joint un rapport établi le 31 juillet 2010 par leur médecin conseil, le Dr L_____, lequel a indiqué partager l'avis des Drs G_____ et B_____, à savoir qu'une réadaptation professionnelle sera extrêmement difficile et sans doute impossible à réaliser dans le contexte actuel. Etant donné que la fonction de l'épaule était extrêmement limitée, seules des activités très légères, non répétitives, pourraient théoriquement être proposées avec quelques chances de succès, mais l'obstacle de la langue, le niveau intellectuel et l'absence de formation étaient pratiquement insurmontables. Sur le plan psychologique, l'assuré restait envahi par son problème douloureux et fonctionnel de l'épaule irradiant dans la nuque et n'arrivait pas à imaginer qu'il pourrait avoir une activité durable. Par décision du 1^{er} octobre 2010, entrée en force, l'assureur-accidents a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité correspondant à un taux de 25% dès le 1^{er} octobre 2010 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15%, compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité légère, en évitant que le bras droit ne soit mis à forte contribution. Par avis du 5 octobre 2010, la Dresse H_____, médecin auprès du SMR, a indiqué qu'au vu du rapport du Dr L_____, il n'y avait pas d'éléments médicaux motivant une aggravation. Le status relatif à une limitation de la mobilité de l'épaule droite semblait être superposable à celui du Dr C_____. Il convenait donc de se référer à la décision de l'assureur-accidents. Par projet de décision du 18 octobre 2010, l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui octroyer une rente entière dès le 22 janvier 2009 jusqu'au 31 janvier 2010, date à partir de laquelle le droit à la rente était supprimé. Il résultait en effet du rapport du Dr C_____ que l'assuré disposait, à compter du 20 novembre 2009 (date de l'examen) d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par pli du 16 novembre 2010, l'assuré a contesté le projet, faisant valoir qu'outre les lésions dues à l'accident, il souffrait également d'une atteinte aux cervicales C3-C4 établie par rapport de la Dresse D_____ du 7 décembre 2009 et qui n'avait pas été prise en compte par l'assureur-accidents. L'OAI s'était donc à tort aligné sur l'avis de l'assureur-accidents. Par ailleurs, s'il n'avait pas pu suivre régulièrement le stage, c'était en raison de son état de santé déficient. L'assuré a rappelé qu'il avait travaillé durant vingt ans chez le même employeur, qu'il avait effectué des travaux lourds et qu'il ne s'en était jamais plaint. Par décision du 17 décembre 2010, l'OAI a maintenu la teneur de son projet. Par acte du 31 janvier 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision, concluant à son annulation en tant qu'elle porte sur la période à compter du 1^{er} février 2010 et à l'octroi d'un trois-quart de rente dès cette date. Le recourant fait valoir que l'intimé n'a pas pris en compte toutes les atteintes à la santé qu'il présente, à savoir la problématique cervico-brachiale, une épaule gelée et des troubles psychiques. Ses absences lors du stage avaient été justifiées par des certificats médicaux et le recourant rappelle qu'il avait travaillé depuis son arrivée en Suisse

auprès du même employeur, à l'entière satisfaction de ce dernier. A l'appui de son recours, le recourant produit un rapport établi le 21 janvier 2011 par le Dr A_____, qui explique ne pas être d'accord avec l'avis du SMR du 6 avril 2010, lequel se fonde sur l'examen effectué par le Dr C_____. Or, depuis lors, l'état de santé du recourant s'était péjoré, sous la forme d'une épaule gelée (douleurs nocturnes et raideurs matinales qui demandent trois à quatre heures d'exercices accompagnés de douches et bains chauds pour retrouver la mobilité de l'épaule droite décrite dans le rapport du Dr C_____ du 20 novembre 2009). Le Dr A_____ a estimé, compte tenu de ce qui précède, que la capacité de travail du recourant est de 50% (quatre heures par jour) dans une activité adaptée, exercée obligatoirement l'après-midi. Par pli du 3 février 2011, le recourant a transmis à la Cour de céans un rapport établi le 2 février 2011 par le Dr B_____, qui a diagnostiqué un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2). Ce médecin a expliqué que le recourant se plaint, outre des douleurs chroniques à l'épaule droite - aggravées aux mouvements, irradiant dans la nuque avec céphalées postérieures, mobilité réduite, manque de force, paresthésies - de douleurs à l'épaule gauche. Sur le plan psychique, sous traitement psychopharmacologique et une psychothérapie bimensuelle, le patient restait nerveux et irritable, il souffrait d'insomnies et était très gêné par les troubles cognitifs (mémoire de fixation et concentration). Son humeur était subdépressive, il avait la nostalgie par rapport à sa vie bien réglée avant l'accident. Il présentait une personnalité fruste avec de très faibles capacités de mentalisation et d'introspection. Le médecin a indiqué que sur le plan psychique, il y avait eu une légère amélioration thymique dans la première année de traitement en 2008/2009 qui ne s'était pas poursuivie, l'état psychique étant resté par la suite stationnaire. Il a ajouté que les troubles affectivo-cognitivo-comportementaux actuels (irritabilité, nervosité, troubles de la concentration et de la mémoire) interfèrent avec la capacité de travail, rendant impossible toute activité adaptée, avec par ailleurs un risque plus élevé d'accidents. Le recourant n'avait plus de capacités d'adaptation aux circonstances professionnelles nouvelles, ni d'apprentissage pour acquérir les nouvelles connaissances nécessaires pour un hypothétique travail adapté. Selon ce médecin, l'incapacité de travail était toujours nulle. Enfin, il a ajouté que le diagnostic retenu par le Dr G_____, soit un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, était valable pour une durée ne dépassant pas les deux ans, ce qui n'était plus le cas chez le patient, qui était dépressif depuis son accident en janvier 2008, constaté en août 2008, soit il y a plus de deux ans. Par réponse du 28 février 2011, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Il fait valoir notamment que le SMR a pris en compte l'ensemble des éléments du dossier et notamment les rapports des médecins traitants. A cet égard, l'intimé se réfère à l'avis du 14 février 2011 du Dr E_____ qu'il joint à sa réponse. Selon ce médecin, la présence d'une humeur subdépressive, telle que constatée par le Dr B_____, correspond bien au trouble de l'adaptation diagnostiqué par le Dr G_____, et ce trouble ne permet pas de justifier une quelconque incapacité de travail. S'agissant des lésions cervicales, le Dr E_____ rappelle que le Dr C_____ en a fait mention dans les éléments d'anamnèse, mais qu'il n'a finalement retenu qu'une contracture para-cervicale droite, sans plus. A cela s'ajoute le fait que les médecins traitants n'en avaient jamais fait mention dans leurs rapports. Enfin, le rapport du psychiatre traitant du 2 février 2011 n'apportait aucun élément objectif permettant de modifier les conclusions du SMR du 6 avril 2010. L'intimé relève par ailleurs que le médecin traitant estime la capacité de travail résiduelle à 50%, mais sans en expliquer les raisons. Par pli du 30 mars 2011, le recourant a versé à la

procédure un rapport établi le 21 mars 2011 par le Dr B _____, qui précise que le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) qu'il a noté dans son rapport du 2 février 2011 correspond au diagnostic initial, soit au moment où le recourant était arrivé chez lui. L'intensité de l'état dépressif avait ensuite diminué et étant donné qu'il était resté stationnaire, cela correspondait actuellement à un état dépressif moyen avec symptômes somatiques (F32.11). D'ailleurs, le status psychiatrique constaté par le Dr G _____, faisait état de deux symptômes typiques majeurs nécessaires pour le diagnostic d'état dépressif moyen (une diminution de l'intérêt et du plaisir ainsi qu'une augmentation de la fatigabilité) associés à trois autres symptômes mineurs (des troubles de la concentration et de la mémoire, la perturbation du sommeil ainsi qu'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir). Le Dr B _____ a rappelé qu'il partageait le pessimisme du Dr G _____ concernant la difficulté particulière du recourant à se réadapter sur le plan professionnel. La Cour de céans a informé les parties par courrier du 20 octobre 2011, de son intention de mettre en œuvre une expertise orthopédique et psychiatrique confiée aux Drs I _____ et J _____, et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de leur poser, tout en leur impartissant un délai au 4 novembre 2011 pour compléter celles-ci. 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 en l'espèce. Il n'est pas contesté que le recourant a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} janvier 2009 au 31 janvier 2010. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée de telle manière à supprimer son droit à une rente à compter du 1^{er} février 2010. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). 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 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4). En l'espèce, l'intimé considère, en se référant aux conclusions des Drs C_____ et G_____, que dès le 20 novembre 2009, l'état de santé du recourant lui permet d'exercer une activité adaptée à 100%, ce que conteste le recourant en invoquant l'avis des Drs A_____ et B_____. Sur le plan somatique, il résulte du rapport établi le 20 novembre 2009 par le Dr C_____ que le recourant présentait alors une insuffisance de la coiffe des rotateurs associée à une possible fracture ou contusion du trochiter à l'épaule droite. Ce médecin a estimé que malgré cette atteinte, le recourant pouvait exercer une activité adaptée à plein temps, pour autant que ce soit dans une activité légère, à hauteur d'établi, n'exigeant pas de sollicitations répétées du membre supérieur droit, ni de manutentions ou de sollicitations de l'épaule au-dessus de l'horizontale. La Cour de céans constate que, contrairement à l'avis de l'intimé, ce rapport seul ne saurait valablement fonder l'exigibilité de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle du recourant. Il résulte en effet de la lecture de l'ensemble des pièces versées à la procédure, qu'entre le moment où le Dr C_____ a effectué son examen - le 20 novembre 2009 - et le jour où la décision litigieuse a été rendue - le 17 décembre 2010 -, l'état de l'épaule droite du recourant s'est péjoré, ce sous la forme d'une épaule gelée entraînant des douleurs nocturnes et des raideurs matinales nécessitant trois à quatre heures d'exercices pour retrouver la mobilité décrite par le Dr C_____ (rapport du Dr K_____ du 15 février 2010 et rapport du Dr A_____ du 21 janvier 2011). Si le Dr A_____ a certes estimé que l'incapacité de travail à retenir était de 50% dans une activité adaptée, on ne saurait cependant se fonder sur le seul avis du médecin traitant, lequel ne permet au demeurant pas de déterminer à quand remonte cette aggravation. Qui plus est, il apparaît que le recourant souffre en outre d'un syndrome cervico-brachial, avec signe déficitaire sensitif du membre supérieur droit (rapport du 20

novembre 2009 du Dr C _____). Une hernie discale en C3-C4 a d'ailleurs été révélée par IRM (rapport du 7 décembre 2009 de la Dresse D _____). Or, si le Dr C _____ a diagnostiqué ce syndrome, il n'en demeure pas moins qu'il ne s'est pas prononcé sur ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail du recourant, puisque ce syndrome n'était pas en lien de causalité avec l'accident. Le Dr C _____ a toutefois précisé que cette atteinte devait être prise en compte dans le cadre d'un éventuel reclassement professionnel. Or, la Cour de céans constate que malgré ces éléments importants constatés par le Dr C _____ - étant précisé de surcroît que le Dr L _____ a également mentionné cette atteinte dans son rapport du 31 juillet 2010 - l'intimé a rendu sa décision litigieuse le 17 décembre 2010 sans procéder aux investigations nécessaires pour déterminer si ce syndrome cervical entraînait des limitations fonctionnelles et des répercussions sur la capacité de travail du recourant. Sur le plan psychique, la Cour de céans constate que les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenues par les Drs G _____ et B _____ ne concordent pas. Ainsi, alors que le Dr G _____ est d'avis que le recourant présente des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (rapport du 19 août 2009), le Dr B _____ considère qu'il souffre d'un état dépressif moyen avec symptômes somatiques (rapport du 21 mars 2011). Par ailleurs, alors que le Dr G _____ a estimé, dans son rapport précité, que l'aspect psychique n'avait pas de répercussion sur une éventuelle réadaptation, le Dr B _____ relève que les troubles affectivo-cognitivo-comportementaux interfèrent avec la capacité de travail du recourant (rapport du 2 février 2011). Le Dr L _____, qui n'est certes pas spécialisé en psychiatrie, a quant à lui constaté que sur le plan psychologique, le recourant « restait envahi » par son problème douloureux (rapport du 31 juillet 2010). A la lecture de ces pièces, se pose dès lors la question de savoir si le trouble psychique constaté par le Dr G _____ en août 2009 a effectivement évolué en un état dépressif moyen avec symptômes somatiques avec des répercussions sur la capacité de travail du recourant, comme le fait valoir le Dr B _____. On ne saurait cependant se fonder sur le seul avis de ce médecin, dont l'appréciation, émise en qualité de psychiatre traitant, doit être abordée avec précaution. Force est dès lors de constater que tant sur le plan somatique que psychique, le dossier ne contient pas d'informations fiables et suffisantes permettant une appréciation adéquate de la situation médicale du recourant, de sorte qu'il convient de mettre en œuvre une expertise orthopédique et psychiatrique, qui sera confiée à la Dresse I _____ et au Dr J _____. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Préparatoirement : Ordonne une expertise orthopédique et psychiatrique. La confie à la Dresse I _____ et au Dr J _____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : Prendre connaissance du dossier de la cause. Si nécessaire, prendre tous les renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant. Examiner le recourant. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes : D'un point de vue purement orthopédique Anamnèse Données subjectives du recourant Constatations objectives Diagnostics Depuis quelle date sont-ils présents chez le recourant et comment ont-ils évolué ? Etes-vous d'accord avec les diagnostics posés par le Dr C _____ dans son rapport du 20 novembre 2009 ? Si non, pourquoi ? L'état de santé du recourant s'est-il péjoré ou amélioré depuis l'examen effectué par le Dr C _____ ? Si oui, comment et depuis quand ? Cela a-t-il eu une répercussion sur la capacité de travail du recourant ? Si oui, comment et depuis quand (mois et année) ? Le recourant présente-t-il un syndrome cervico-brachial avec signe déficitaire sensitif du membre supérieur droit ? Le cas échéant, soumettre, si nécessaire, le

recourant à un examen neurologique. Quelles sont les limitations fonctionnelles engendrées par les diagnostics constatés ? Mentionner pour chaque diagnostic posé ses conséquences sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle, en pour-cent. Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année) ? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année) ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Y-a-t-il une diminution de rendement ? Donner une description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir les limitations fonctionnelles. Le recourant suit-il un traitement adéquat et s'y conforme-t-il ? Tous les traitements ont-ils été tentés ? Si non, dire lesquels pourraient avoir une influence positive sur la capacité de travail du recourant. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si non, pourquoi ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité professionnelle ? Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées sont-elles identiques à celles que vous auriez fournies à la date de la décision rendue par l'intimé le 17 décembre 2010 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. D'un point de vue psychiatrique Anamnèse Données subjectives du recourant Constatations objectives Diagnostic Quel est son degré de gravité (faible, moyen, grave) ? Depuis quelle date est-il présent chez le recourant ? A-t-il évolué ? Etes-vous d'accord avec le diagnostic posé par le Dr G_____ dans son rapport du 19 août 2009 ? Si non, pourquoi ? Etes-vous d'accord avec les diagnostics posés par le Dr B_____ dans ses rapports des 15 mai 2009, 2 février et 21 mars 2011 ? Si non, pourquoi ? Quelles sont les limitations engendrées par le diagnostic constaté ? Ce diagnostic a-t-il une répercussion sur la capacité de travail du recourant dans son activité habituelle ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année) ? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année) ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Y-a-t-il une diminution de rendement ? Donner une description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir les limitations. Le recourant suit-il un traitement adéquat et s'y conforme-t-il ? Tous les traitements ont-ils été tentés ? Si non, dire lesquels pourraient avoir une influence positive sur la capacité de travail du recourant. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si non, pourquoi ? En raison de ses troubles psychiques, le recourant est-il capable de s'adapter à un environnement professionnel ? Si non, pourquoi ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise professionnelle ? Au vu du dossier, vos réponses aux questions susmentionnées sont-elles identiques à celles que vous auriez fournies à la date de la décision rendue par l'intimé le 17 décembre 2010 ? Si non, pourquoi et quelles sont les réponses qui varient ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. En consilium Compte tenu des diagnostics somatiques et psychiques constatés, l'activité habituelle est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année) ? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année) ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Compte tenu des diagnostics somatiques et psychiques constatés, une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible de la part du recourant ? Si non, pourquoi et depuis quand (mois et année) ? Si oui, à quel taux et depuis quand (mois et année) ? Le taux a-t-il évolué ? Si oui, comment et quand (mois et année) ? Y-a-t-il une diminution de rendement ? Donner une description des activités adaptées, en exposant les motifs qui conduisent à retenir les

limitations. Des mesures de réadaptation professionnelles sont-elles envisageables ? Si non, pourquoi ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise professionnelle ? Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr E_____ du 6 avril 2010, selon lequel le recourant a, dès le 20 novembre 2009, une capacité de travail entière dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ? Invite les experts à déposer à leur meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; Réserve le fond ; La greffière Maryse BRIAND La Présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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