

## **GE\_GERICHTE A/3354/2008 vom 9. Februar 2009**

GE Cour de justice, 2009-02-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3354\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3354_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/3354/2008 du 9 février 2009

IT: GE\_GERICHTE A/3354/2008 del 9 febbraio 2009

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 09.02.2009  
A/3354/2008

A/3354/2008 ATAS/135/2009 du 09.02.2009 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3354/2008  
ATAS/135/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 6 du 9 février 2009 En la cause Monsieur G \_\_\_\_\_, domicilié à BERNEX  
recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de  
Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Monsieur G \_\_\_\_\_, originaire d'Iran, né en Suisse  
en 1950, est employé auprès de X \_\_\_\_\_ SA depuis le 1 er septembre 2001 comme  
directeur commercial. Il était, à ce titre, assuré par le biais d'un contrat d'assurance-maladie  
perte de gain auprès de la NATIONALE SUISSE ASSURANCES (ci-après LA  
NATIONALE). Le 21 février 2003, il a été victime d'une attaque cérébrale. Il a été  
hospitalisé du 21 février au 3 mars 2003 dans le Service de neurochirurgie des Hôpitaux  
Universitaires de Genève (ci-après les HUG). Le résumé de l'observation du Service de  
neurochirurgie a fait mention d'une hémorragie sous-arachnoïdienne sans substrat, révélée  
par un CT-Scan du 21 février 2003. Le patient était mis sous surveillance pendant dix jours.  
Il était prévu de procéder à la fin du mois de mars à une artériographie cérébrale de contrôle  
qui s'est révélé normale (cf. résumé de l'observation des HUG du 2 avril 2003). Dans un  
rapport du 8 avril 2003, le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et  
médecin traitant, a certifié que l'assuré était en incapacité de travail totale du 21 février au  
13 avril 2003 et à 50% dès le 14 avril 2003. Dans un rapport du 4 novembre 2003, le Dr  
M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a attesté qu'il avait examiné l'assuré le 3  
novembre 2003 en relevant des céphalées quotidiennes depuis neuf mois à la suite de  
l'hémorragie. L'assuré présentait une céphalée occipitale liée à des cervicalgies tenaces qui  
l'empêchaient de faire des rotations de la tête, de conduire normalement et qui perturbaient  
son sommeil. L'ensemble de la clinique évoquait avant tout une céphalée de tension liée  
d'une part à l'anxiété du patient, qui avait peur d'avoir à nouveau une hémorragie, et d'autre  
part à un stress professionnel. Il se greffait probablement une céphalée médicamenteuse liée  
à la prise quotidienne de Vioxx, sachant que cette médication pouvait induire une céphalée  
nouvelle. Dès le 8 mai 2005, LA NATIONALE a versé à l'assuré des indemnités  
journalières pour incapacité de travail, jusqu'au 7 avril 2007. Dans un rapport du 27 juin  
2005 à l'intention de LA NATIONALE, le Dr L \_\_\_\_\_ a relevé une exacerbation depuis  
deux mois de douleurs cervicales chroniques et un pronostic réservé. A la demande de LA  
NATIONALE, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a effectué le 25  
juillet 2005 une expertise médicale. Dans son rapport du 26 juillet 2005, ce médecin a  
relevé que le patient se plaignait d'un torticolis permanent, de douleurs (névralgie) de la  
face à gauche (céphalées violentes dans le territoire de l'hémorragie) et d'angoisses, et  
constaté une résistance au stress diminuée et la nécessité d'une vie tranquille. L'expert a

posé le diagnostic de syndrome cervical avec névralgie de la face gauche post-hémorragie sous-arachnoïdienne en 2002. Il a formulé les remarques suivantes : "Après un épisode hémorragique intracrânien, on peut dire que l'évolution est des plus satisfaisante. En effet, il est toujours difficile de prévoir les conséquences d'un tel accident. Je pense que la situation actuelle est confortable et comme discuté par téléphone avec le médecin traitant on peut difficilement exiger davantage de ce patient. Des essais d'activité à 100% n'étaient pas supportés par le patient avec rapide exacerbation de la symptomatologie douloureuse et anxieuse. Probablement que le pronostic est bon à condition de maintenir une hygiène de vie adéquate. En conclusion, le patient fonctionne bien à 50% d'activité et je pense qu'il ne faut rien changer pour l'instant". Enfin, l'expert a proposé une réévaluation en fin d'année, avec la possibilité d'envisager une reprise à plein temps. En date du 16 mai 2006, l'assuré a requis des prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une incapacité de travail de 50% à la suite de l'attaque cérébrale du 21 février 2003. Dans ce cadre, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) a réuni différentes attestations médicales. Dans un rapport du 12 juin 2006, le Dr L.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post-hémorragie sous-arachnoïdienne péri-mésencéphalique, de céphalées du trijumeau, de trouble anxieux et d'épaule gelée. Il suivait le patient depuis le 9 septembre 1997 ; celui-ci se plaignait d'une diminution de sa concentration, de céphalées et de douleurs à l'épaule. Depuis le 1 er juin 2006, la capacité de travail exigible dans sa profession était de 30%. On ne pouvait attendre de l'assuré qu'il exerçât une autre activité. Dans un rapport du 16 juillet 2006, la Dresse O.\_\_\_\_\_, médecin interne à la polyclinique d'ophtalmologie des HUG, a diagnostiqué un glaucome existant depuis 2003. Le patient était régulièrement suivi aux HUG et par elle-même depuis le 6 mars 2006. Le 30 juillet 2006, X.\_\_\_\_\_ SA a rempli le questionnaire pour l'employeur et indiqué que l'assuré gagnait annuellement 60'000 fr. Sans atteinte à la santé, son salaire serait d'environ 100'000 fr. par an. Les 13 et 14 septembre 2006, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a attesté qu'il suivait l'assuré depuis le 9 juin 2006 et qu'il y avait eu, depuis avril 2005, une tentative de traitement des cervicalgies par la toxine botulinique et des relaxants musculaires dont les effets n'étaient que modestes. Il a posé le diagnostic de céphalées et cervicalgies chroniques invalidantes. Il y avait une baisse de résistance aux efforts psychiques (concentration) ensuite de l'hémorragie cérébrale. L'assuré était en incapacité de travail, certifié par lui, à 50% depuis le 1 er juillet 2006. L'état restait stationnaire depuis deux ans avec peu de chances de se modifier et la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle. On ne pouvait exiger de l'assuré qu'il exerçât une autre activité. Il fallait s'attendre à une diminution de rendement. Le travail effectif était de 30%. Le 19 octobre 2006, le Dr P.\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé était stationnaire et que les troubles de la mémoire, de la concentration et la fatigabilité (augmentés par l'anxiété) ne permettaient au patient que d'effectuer un travail à 50% (en réalité environ 30%). Sur le plan physique, il constatait de fortes contractures cervicales et il y avait des céphalées dues au stress de la situation et à la peur d'une récurrence hémorragique. Le patient était traité par antalgiques et anxiolytiques. La capacité de travail ne serait pas meilleure dans une autre activité. Dans un avis du 10 novembre 2006, le Dr Q.\_\_\_\_\_, médecin au Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), a relevé que les plaintes actuelles de l'assuré n'étaient pas en relation avec l'événement du 21 février 2003 (diagnostic d'hémorragie sous-arachnoïdienne sans substrat). Les troubles de la concentration et la fatigabilité n'étaient pas objectivés par des tests. Il n'y avait pas d'évaluation psychiatrique. Les céphalées et cervicalgies chroniques ne justifiaient pas une incapacité de travail durable dans le cadre de la loi sur l'assurance-invalidité. L'hémorragie

sous-arachnoïdienne sans substrat du 21 février 2003 ne pouvait avoir induit de troubles des fonctions supérieures. Aucune imagerie médicale cérébrale n'avait été réalisée depuis 2003 à l'exception des angiographies. Par projet de décision du 28 novembre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Le 5 décembre 2006, l'assuré a indiqué à l'OCAI qu'il ne pouvait pour l'instant travailler qu'à 50% avec un soutien régulier d'infiltration de botox et de médicaments quotidiens et proposait de rencontrer le médecin de l'assurance. Par courrier du 20 décembre 2006, le Dr L\_\_\_\_\_ s'est adressé à l'OCAI en relevant qu'il suivait l'assuré depuis 1988, que ce dernier avait toujours fait preuve d'une volonté et d'un acharnement peu communs au travail. Suite à la faillite de sa société immobilière, il n'avait pas baissé les bras, avait accepté des "petits boulots" et réussi à se refaire une situation. Malheureusement, depuis son hémorragie cérébrale, il n'était plus capable d'assumer ses fonctions à plein temps, mais il se forçait toutefois, malgré des contractures extrêmement douloureuses associées à une hémiparésie faciale gauche, d'effectuer, le matin, quelques heures de bureau. Il était contraint de rester couché l'après-midi, ceci malgré le traitement et les injections de toxine botulique pratiquées par le Dr P\_\_\_\_\_. Il avait le sentiment que l'assuré ne pouvait vraiment pas en faire plus. Par courrier du 29 décembre 2006 à l'OCAI, le Dr P\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré présentait des céphalées presque quotidiennes à prédominance postérieure, associées à des douleurs de la nuque rendant les mouvements de latéralité très limités et douloureux. Les contractures cervicales étant permanentes, elles pouvaient évoquer le diagnostic de dystonie cervicale, celle-ci étant aggravée par les efforts de concentration. Par ailleurs, la concentration du patient était restée limitée depuis l'épisode d'hémorragie cérébrale; une fatigabilité rapide et une perte de concentration constituaient probablement les bases de la dystonie cervicale survenue secondairement. Un traitement à la toxine botulinique et un traitement des céphalées n'avaient pas permis de faire disparaître ces symptômes ni de récupérer une capacité meilleure. L'assuré avait à l'époque une activité estimée à 50% mais qui était en réalité plus proche de 30% que de 50% en raison des problèmes mentionnés. En cas de contestation de l'aspect neuropsychologique du problème, ce médecin pensait qu'une évaluation neuropsychologique complète en milieu hospitalier serait nécessaire pour prendre une décision raisonnable. Par décision du 17 janvier 2007, l'OCAI a refusé toute prestation à l'assuré, en relevant que les atteintes diagnostiquées ne justifiaient pas une incapacité de travail durable et que l'hémorragie du 21 février 2003 ne pouvait avoir induit des troubles des fonctions supérieures. Par courrier du 6 février 2007, l'assuré a recouru auprès du Tribunal de céans à l'encontre de cette décision, faisant valoir qu'il était en arrêt de travail partiel depuis 18 mois après avoir passé un examen auprès du médecin-conseil de l'assurance perte de gain de son employeur. Il demandait à être examiné par un médecin et relevait que l'OCAI n'avait pas tenu compte de l'avis de ses médecins traitants. A la demande du Tribunal de céans, le Dr P\_\_\_\_\_ a répondu le 23 avril 2007 à un certain nombre de questions. Il a précisé, relativement à l'avis du Dr Q\_\_\_\_\_, que dans la fosse postérieure une hémorragie sous-arachnoïdienne était liée dans 80 % des cas à une petite malformation ou à un anévrisme qui ne pouvait pas toujours être mis en évidence en raison de sa petite taille. Ces anévrismes pouvant resaigner, on pouvait comprendre l'angoisse développée par le patient suite à cet événement, qui, même lorsqu'il présentait des céphalées d'une autre nature, ne pouvait s'empêcher de craindre un nouvel épisode hémorragique. C'était à son avis ce qui avait entraîné la décompensation anxieuse du patient, le stress professionnel ayant été parfaitement toléré toutes les années qui avaient précédé cet accident. En ce qui concernait la fatigabilité, plus de 50 % des patients ayant eu une

hémorragie sous-arachnoïdienne présentait ce problème dans les suites même lointaines de l'hémorragie et l'on ne pouvait pas affirmer l'absence de relation entre cet élément et l'événement hémorragique chez le patient. S'agissant de la remarque sur l'imagerie médicale du Dr Q \_\_\_\_\_, seule une angiographie directe par catétérisation sélective des artères à destinée crânienne pourrait donner une réponse précise sur l'absence ou non d'une malformation sous-jacente, mais cet examen n'étant pas dénué de risque paraissait peu indiqué. Par courrier du 21 mai 2007, l'OCAI a indiqué qu'il était d'accord de mettre sur pied une expertise neurologique auprès du Dr R \_\_\_\_\_, neurologue, et a transmis un avis médical du SMR du 9 mai 2007 des Drs Q \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_ selon lequel à ce niveau de l'instruction du dossier, les causes de la baisse de résistance aux efforts psychiques (concentration) apparues deux ans après l'hémorragie sous-arachnoïdienne restaient mystérieuses. Afin de s'assurer des atteintes à la santé de l'assuré, de leurs évolutions, de l'observance thérapeutique et des possibles limitations fonctionnelles sur le plan somatique, ces médecins préconisaient l'ordonnance d'une expertise neurologique. Par arrêt du 18 juin 2007 ( ATAS/725/2007 ), le Tribunal de céans a admis le recours, annulé la décision de l'OCAI du 6 février 2007 et renvoyé la cause à ce dernier pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise neurologique et nouvelle décision. Le 13 novembre 2007, à la demande de l'OCAI, le Dr R \_\_\_\_\_, médecin chef à la clinique de réadaptation de VALMONT-GENOLIER, a rendu un rapport d'expertise. Le patient se plaignait depuis l'épisode d'hémorragie de 2003 d'une impression de blocage de la nuque avec développement de céphalées surtout dans les régions aculo-temporales du visage, d'une fermeture de l'œil gauche avec une phono-photophobie, de difficultés de mémoire, de troubles de la concentration et de douleurs articulaires diffuses aux mouvements. Il travaillait, comme employé depuis deux ans, à 30 % dans la société qu'il avait créée puis vendue. L'expert a en outre fait effectuer un examen neuropsychologique par Madame H \_\_\_\_\_ qui a relevé sur le plan clinique des signes anxio-dépressifs significatifs, des céphalées et des nuchalgies s'intensifiant au fil de l'examen, un ralentissement intellectuel, une irritabilité, une certaine impatience en fin de séance, une sensibilité au stress, ainsi qu'une fatigabilité accrue ayant des répercussions significatives en fin de séance (le patient ne parvenant plus à entrer les tâches complexes après environ deux heures d'examen), des troubles modérés de la mémoire épisodique en modalité verbale (altération du rappel différé) et visuelle (perturbation de la reconnaissance), des troubles attentionnels modérés caractérisés notamment par une altération des processus d'alerte, d'attention soutenue et sélective (alors que l'attention divisée semblait préservée). Par ailleurs, le reste des fonctions cognitives investiguées - langage, calcul, praxies, gnosies visuelles, mémoire à court terme, fonctions exécutives et raisonnement en modalité visuo-spatiale - était dans les normes. Selon le Dr R \_\_\_\_\_, il n'existait pas d'affection neurologique associée à une diminution de la capacité de travail. Il fallait noter la présence d'un état anxieux, associé à des troubles attentionnels-mnésiques modérés, sans atteinte des fonctions cognitives proprement dites. Des céphalées chroniques et un glaucome n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail. L'évolution typiquement bénigne et l'absence de risque de resaignement de l'hémorragie sous-arachnoïdienne du patient, sans rupture d'anévrisme ou malformation vasculaire, n'avaient pu être comprises par le patient et l'état anxieux avec céphalées tensionnelles, nuchalgies et épisodes migraineux s'était développé dans ce contexte, sans conséquence neurologique organique détectable au niveau cérébral. Il existait uniquement une limitation de la capacité de travail de l'ordre de 30 % pour les tâches nécessitant une forte activité attentionnelle, secondaire à un état anxieux chronifié avec somatisation. Il n'y

avait jamais eu, hormis à l'occasion de l'épisode aigu de 2003, une diminution de la capacité de travail pour des raisons neurologiques. Une prise en charge plus intensive de l'état anxieux, ainsi qu'un discours cohérent permettant de rassurer le patient sur l'absence de risque de récurrence hémorragique seraient susceptibles de diminuer les troubles de la concentration ainsi que la somatisation secondaire à cet état anxieux, et par là-même d'améliorer le confort du patient dans son activité professionnelle. Par courrier du 11 janvier 2008, les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ du SMR ont estimé qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une réadaptation quelconque en l'absence d'incapacité de travail et ont relevé que le risque évoqué par le Dr P\_\_\_\_\_ de ressaignement avait peut-être entraîné la décompensation anxieuse du patient; une désinformation serait donc nécessaire, l'expertise pouvant alors, dans la mesure où l'on savait en faire admettre le contenu à l'assuré, avoir une valeur thérapeutique. La baisse de rendement accordée par l'expert devait être considérée comme tenant compte du déconditionnement secondaire à l'incapacité de travail. Le 21 février 2008, le Service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé de refuser toute rente et mesures d'ordre professionnel, le degré d'invalidité étant de 30 % dans l'activité habituelle. Par projet de décision du 11 mars 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Par courrier du 2 avril 2008, l'assuré a contesté le projet de décision en mentionnant qu'il avait dû réduire en 2005 son activité à 50 % puis à 70 %. Le médecin-conseil de la NATIONALE avait estimé en juillet 2005 qu'une activité à 50 % était appropriée, le Dr P\_\_\_\_\_ avait confirmé cet avis et le Dr L\_\_\_\_\_ considérait que seule une activité à 30 % était adaptée. L'assuré se demandait comment l'expert pouvait, en 15 minutes d'entretien, estimer que trois médecins se trompaient. Dans un rapport du 7 avril 2008, le Dr L\_\_\_\_\_ a relevé que l'état de santé de son patient ne s'était pas amélioré et qu'il subissait une incapacité de travail de 70 %. Il était vraisemblable qu'une surcharge psychogène limitât les activités du patient mais celui-ci était incapable de travailler plus de manière efficace. Le 18 avril 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la baisse de rendement de 30 % tenait compte de l'état anxio-dépressif et a formulé les remarques suivantes : "S'il est probable que la décision de l'assurance-invalidité a pu jouer un rôle aggravant sur la thymie, il ne s'agit que d'un élément réactionnel et, en l'absence de prise en charge psychiatrique, on ne peut attacher jusqu'à preuve du contraire une caractéristique durable et grave qui pourrait être prise en considération selon la loi sur l'assurance-invalidité. Rajoutons d'une manière générale que l'avis de l'expert par définition neutre doit être préféré à celui du médecin traitant par ailleurs non-spécialiste en psychiatrie, d'autant qu'il est compréhensible qu'il soit amené à soutenir son patient". Par décision du 29 août 2008, l'OCAI a maintenu son projet de décision en précisant que l'avis du Dr L\_\_\_\_\_ ne pouvait modifier celui du SMR, l'expertise par définition neutre devant être préférée à l'avis du médecin-traitant, par ailleurs non spécialiste en psychiatrie. Par courrier du 17 septembre 2008, l'assuré a recouru auprès du Tribunal de céans, en mentionnant que l'OCAI relevait curieusement que ses médecins n'étaient pas spécialisés en psychiatrie. Dans sa réponse du 14 octobre 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours. Par courrier du 20 octobre 2008, le recourant a rappelé que les Drs N\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ avaient estimé sa capacité de travail à 50 % au maximum et le Dr L\_\_\_\_\_ à 30 %. L'expert R\_\_\_\_\_ l'avait reçu seulement dix minutes. Il était étonné que les avis médicaux soient si différents. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale

sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). a) Le 1<sup>er</sup> juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a al. 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des Offices de l'assurance-invalidité cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le Tribunal des assurances du canton de l'Office qui a rendu la décision. En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 11 mars 2008, qui a été confirmé par la décision du 29 août 2008, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 17 septembre 2008. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). b) Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1<sup>er</sup> juillet 2007), seront prises en considération selon les principes de droit intertemporel à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2007 et au regard des nouvelles dispositions pour la période postérieure (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). L'objet du litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. a) 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : "L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière." Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174 ). 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 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 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). Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). En l'occurrence, il convient tout d'abord de déterminer la capacité de travail du recourant en se fondant sur le dossier médical. Se trouvent au dossier une expertise du Dr R\_\_\_\_\_ de novembre 2007, des attestations des médecins traitants, notamment des Drs L\_\_\_\_\_ et des avis des médecins du SMR. Il y a préalablement lieu de relever que l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ remplit tous les requis pour lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, elle est complète et ses conclusions sont motivées et convaincantes. Selon l'expert, il n'existe pas d'affection neurologique associée à une diminution de la capacité de travail. Il faut noter la présence d'un état anxieux, associé à des troubles attentionnels-mnésiques modérés, sans atteinte des fonctions cognitives proprement dites. Des céphalées chroniques et un glaucome n'ont pas d'influence sur la capacité de travail. L'évolution typiquement bénigne et l'absence de risque de resaignement de l'hémorragie sous-arachnoïdienne du patient, sans rupture d'anévrisme ou malformation vasculaire, n'ont pu être comprises par le patient et l'état anxieux avec céphalées tensionnelles, nuchalgies et épisodes migraineux s'est développé dans ce contexte, sans conséquence neurologique organique détectable au niveau cérébral. Il existe uniquement une limitation de la capacité de travail de l'ordre de 30 % pour les tâches nécessitant une forte activité attentionnelle, secondaire à un état anxieux chronifié avec somatisation. Il n'y a jamais eu, hormis à l'occasion de l'épisode aigu de 2003, une diminution de la capacité de travail pour des raisons neurologiques. Une prise en charge plus intensive de l'état anxieux, ainsi qu'un discours cohérent permettant de rassurer le patient sur l'absence de risque de récurrence hémorragique seraient susceptibles de diminuer les troubles de la concentration ainsi que la somatisation secondaire à cet état anxieux, et par là-même d'améliorer le confort du patient dans son activité professionnelle. Les développements et les conclusions de cette expertise sont précis et convaincants. L'expert explique qu'il n'existe pas de limitation d'origine neurologique organique à l'incapacité de travail. Il reconnaît cependant une diminution du rendement de l'ordre de 30 % concernant des tâches nécessitant une forte activité attentionnelle, en raison d'un état anxieux chronifié avec somatisation. Cette expertise, ayant pleine valeur probante, sera donc suivie par le Tribunal de céans, qui constate que le recourant présente dans son activité habituelle une pleine capacité de travail, avec une diminution de rendement de 30 %. Il est à noter que selon l'expert une prise en charge psychiatrique de l'état anxieux ainsi qu'un discours cohérent permettant de rassurer le patient sur l'absence de risques de récurrence hémorragique seraient susceptibles de diminuer les troubles de la concentration ainsi que la somatisation secondaire à cet état anxieux et par là-même d'améliorer le confort du patient dans son activité professionnelle. Par ailleurs, il convient de relever que les avis des Drs L\_\_\_\_\_

et P \_\_\_\_\_, médecins traitants, ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions dûment motivées de l'expert. En effet, ils n'expliquent nullement en quoi la capacité de travail est diminuée et sans substrat organique neurologique, il n'est pas possible de suivre leur appréciation. À cet égard, il y a lieu d'ajouter que les avis des médecins traitants, liés à leurs patients par un lien de confiance, ont moindre valeur probante que ceux des experts, neutres. Comme le recourant présente une diminution de rendement de 30 % dans son activité habituelle, diminution qui peut s'apparenter à une incapacité de travail de 30 %, celle-ci correspond au degré d'invalidité. Il n'est donc pas nécessaire de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité. Ainsi, il y a lieu de constater que l'assuré présente un degré d'invalidité de 30 %, ne lui ouvrant pas droit à une rente. Par ailleurs, des mesures de réadaptation sont inutiles, puisque le recourant peut continuer à exercer la profession qui est la sienne. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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 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); 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 Nancy BISIN Le Président Georges ZUFFEREY La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral par le greffe le

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