

## **GE\_GERICHTE A/711/2010 vom 31. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_711\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_711_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/711/2010 du 31 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE A/711/2010 del 31 maggio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

ème Chambre En la cause Monsieur B \_\_\_\_\_, domicilié à Chêne-Bougeries, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Monsieur B \_\_\_\_\_, né en 1961, originaire de Tunisie, cuisinier de profession, a été victime d'un premier accident le 20 septembre 2002 : il a chuté sur le dos après avoir glissé en transportant une lourde casserole, ce qui lui a occasionné une contusion et une entorse du rachis dorso-lombaire. Quelques années plus tard, en décembre 2006, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Le 15 janvier 2008, il a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI). Le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a rédigé en date du 7 février 2008 un rapport concluant à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et trouble panique dont elle a fait remonter l'apparition à l'été 2007. Le Dr M \_\_\_\_\_, médecin traitant, a quant à lui conclu à des cervicalgies post-traumatiques consécutives à l'accident survenu en décembre 2006, date à compter de laquelle il a attesté d'une totale incapacité de son patient à exercer son activité habituelle. Le 28 janvier 2008, le Dr N \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie chargé d'expertiser l'assuré à la demande de l'assureur-accidents, a conclu à un syndrome lombo-vertébral sans déficit radiculaire et à des céphalées de tension. Le médecin a dit soupçonner un trouble somatoforme et un trouble anxio-dépressif. Il a émis l'avis qu'une fois le statu quo sine atteint - au plus tard le 1er mai 2007 au vu des contrôles radiographiques pratiqués le 30 avril 2007 qui permettaient d'exclure toute lésion traumatique somatique -, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans la profession exercée précédemment. L'assuré a alors été adressé par l'OAI à son service médical régional (SMR) pour y être examiné par le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 7 mai 2008, le Dr O \_\_\_\_\_ a expliqué n'avoir pu retrouver ni les éléments constitutifs d'un épisode dépressif moyen, ni ceux d'un trouble panique. Le tableau observé correspondait plutôt à celui proposé par le Dr M \_\_\_\_\_, qui avait indiqué que la pathologie avait évolué vers un syndrome dépressif réactionnel nécessitant une prise en charge psychiatrique et une exploration pour troubles du sommeil. Le Dr O \_\_\_\_\_ a expliqué que l'intensité du tableau de dysthymie correspondait en effet à celle du syndrome dépressif réactionnel. Il a en revanche écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Finalement, il a conclu à l'absence totale de limitations sur le plan psychique. Le 13 juin 2008, l'OAI a communiqué à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations. Une décision formelle a été rendue en ce sens le 18 août 2008. L'assuré ayant interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent -, ce dernier a statué en date du 11 décembre 2008 ( ATAS/1501/2008 ). Le Tribunal cantonal a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour

instruction complémentaire après avoir constaté qu'une échographie du 5 juin 2008 avait évoqué une capsulite rétractile des deux épaules qui n'avait pas été investiguée plus avant. L'OAI a dès lors adressé l'assuré à son centre d'observation médicale (COMAI) où il a été examiné par les Drs P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lesquels ont rendu leur rapport en date du 31 août 2009. Sur le plan physique, le Dr P \_\_\_\_\_ a constaté une limitation fonctionnelle douloureuse du rachis cervical et lombaire, sans syndrome déficitaire. Il a relevé la présence de presque tous les signes de non-organicité de Waddell témoignant en faveur d'une tendance à l'exagération des symptômes. La limitation fonctionnelle douloureuse de l'épaule gauche ne s'observait que dans les élévations antérieures et latérales, avec une participation gléno-humérale à 90°. Les rotations externes, quant à elles, étaient symétriques et normales à 80°. Le Dr P \_\_\_\_\_ a précisé que ces observations parlaient en défaveur du diagnostic de rétraction capsulaire, raison pour laquelle il a tiré la conclusion qu'en supposant qu'il ait existé par le passé, il était désormais guéri. Le Dr P \_\_\_\_\_ a souligné que les quelques modifications dégénératives modérées mises en évidence ne pouvaient avoir valeur de maladie on pouvait les rencontrer chez des patients asymptomatiques. Il n'a pu mettre en évidence ni lésion anatomique majeure définissable, ni complications neurologiques déficitaires. En revanche, il a constaté une évidente exagération des symptômes. A cet égard, le médecin a expliqué que l'examen clinique pouvait être qualifié de globalement normal. Il en a tiré la conclusion que l'activité habituelle restait exigible sans limitation ni diminution de rendement. Quant au syndrome d'apnées du sommeil, le Dr P \_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'était qu'exceptionnellement cause d'incapacité de travail temporaire, principalement dans des métiers à risque. Sur le plan psychique, il a été constaté que les symptômes ne dépassaient pas le degré de sévérité d'un épisode dépressif léger, de sorte que toute maladie psychiatrique incapacitante a été écartée. Il a été admis, sur la base de la lettre de sortie de Belle-Idée et du résumé d'intervention du Centre de thérapies brèves (CTB), que l'assuré avait souffert d'un épisode dépressif de sévérité moyenne de décembre 2008 à février 2009, justifiant une incapacité de travail de 50% au maximum, mais que la situation s'était ensuite améliorée, de sorte qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail justifiable. Par courrier du 19 octobre 2009, les experts - soit pour eux le Dr R \_\_\_\_\_ - ont complété leur rapport suite aux questions posées par l'OAI en expliquant qu'au vu des radiographies, l'entorse cervicale dont l'assuré avait été victime le 1er décembre 2006 avait induit une incapacité de travail jusqu'au 1er mai 2007. Ils ont également précisé que le CT cervical du 1er mai 2007 pouvait effectivement correspondre à une instabilité ligamentaire, mais qu'il ne s'agissait là que d'une hypothèse non confirmée puisqu'aucun signe d'instabilité n'apparaissait sur les radiographies du même jour et que l'examen clinique ne la corroborait pas. Quant à la capsulite rétractile mise en évidence par l'échographie du 5 juin 2008, elle n'était désormais plus observable. Enfin, sur le plan psychique, il a été relevé que l'assuré avait été hospitalisé du 18 au 30 décembre 2008 et qu'à sa sortie, une incapacité de 50% avait été attestée jusqu'à la fin du mois de février 2009. Le 3 décembre 2009, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations. Par décision formelle du 25 janvier 2010, l'OAI a nié le droit de l'assuré à toute prestation. L'OAI a admis une totale incapacité de travail à compter du 1er décembre 2006 pour raison de cervicalgies post-traumatiques consécutives à un accident de la voie publique mais jugé qu'elle avait pris fin le 30 avril 2007 puisque les contrôles radiologiques pratiqués ce jour-là avaient permis d'exclure toute lésion traumatique et somatique. Se référant aux conclusions

de l'examen pluridisciplinaire pratiqué le 3 avril 2009 par le SMR, l'OAI a admis les périodes d'incapacité suivantes : du 1<sup>er</sup> décembre 2006 au 1<sup>er</sup> mai 2007 pour une entorse cervicale, du 5 juin 2008 au 3 avril 2009 pour une capsulose rétractile des deux épaules, du 18 décembre 2008 au 28 février 2009 pour un épisode dépressif moyen (d'abord à 100%, puis à 50% à partir du 31 décembre 2008). Le 25 février 2010, l'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant, préalablement, à l'audition de témoins et, quant au fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2006, subsidiairement à ce que soit mise sur pied une nouvelle expertise. Le recourant conteste la valeur du rapport d'expertise bidisciplinaire, alléguant que le Dr P\_\_\_\_\_ ne pouvait exclure la capsulose rétractile sans procéder à un examen radiologique, ce qu'il n'a pas fait. Il reproche également au Dr P\_\_\_\_\_ d'avoir minimisé ses problèmes cervicaux et de s'être contenté de mettre en doute l'existence de limitations à ce niveau sans procéder au moindre examen radiologique ou scanner. Il s'étonne également que ce soit le Dr R\_\_\_\_\_ qui ait répondu au SMR, alors qu'il n'a pas participé à l'expertise. Quand aux conclusions du psychiatre, l'assuré les conteste également, alléguant que l'expert semble avoir principalement basé son appréciation sur le fait qu'il continue à rencontrer ses amis à intervalles réguliers et à faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, alors que la question est de savoir s'il est capable ou non de travailler. Il invoque à l'appui de sa position l'avis du Dr L\_\_\_\_\_. Invité à se déterminer, l'invité, dans sa réponse du 25 mars 2010, a conclu au rejet du recours. L'intimé soutient qu'une nouvelle expertise ne se justifie pas en l'espèce, l'expertise bidisciplinaire devant se voir reconnaître pleine valeur probante. Le 29 avril 2010, l'assuré a répliqué en persistant dans ses conclusions. Il souligne que selon son dossier médical, il souffre au niveau du rachis cervical d'une postériorisation pathologique du diamètre de croisement en arrière de l'odontoïde au niveau C1-C2 pouvant correspondre à une instabilité ligamentaire, ainsi que d'une rectitude de la colonne cervicale, d'un effacement de la lordose et d'une légère inclinaison latérale droite. Il reproche par ailleurs au COMAI de n'avoir pas investigué son problème d'apnée du sommeil, pourtant important et dont le Dr S\_\_\_\_\_ indique qu'il est l'une des raisons de son état psychique. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 1<sup>er</sup> juillet 2010, au cours de laquelle a été entendue le Dr L\_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis septembre 2007, date à laquelle il lui a été adressé par son médecin traitant pour un état dépressif. Le médecin a dit avoir alors posé le diagnostic d'état dépressif moyen à sévère. Celui-ci était la conséquence de douleurs chroniques apparues suite aux accidents dont l'assuré a été victime. S'y ajoutait un problème d'apnées du sommeil, lequel entraînait une fatigue importante et contribuait à entretenir l'état dépressif. L'assuré s'est vu prescrire des antidépresseurs, des anxiolytiques et des somnifères en réserve, ainsi qu'un suivi hebdomadaire régulier. Les consultations se sont ensuite espacées mais à la fin de l'année 2008, en décembre, son état s'est péjoré au point d'entraîner une hospitalisation volontaire à Belle-Idée. Il en est sorti avec le diagnostic d'état dépressif moyen avec syndrome somatique. Il a été suivi alors par le CTB de la Servette durant deux mois puis à nouveau par le Dr L\_\_\_\_\_ à raison de deux fois par mois. Selon le témoin, l'état de l'assuré doit toujours être qualifié d'état dépressif moyen. A cet égard, il a expliqué qu'un score de Hamilton supérieur à 25 permet de conclure à un état dépressif moyen. Au surplus, le médecin a pu observer chez son patient une thymie triste, des ruminations, une anxiété importante, une perte d'appétit, des troubles du sommeil, des difficultés à gérer le quotidien et à se projeter dans l'avenir. Le témoin a indiqué que l'assuré souffrait d'un certain isolement social, expliquant à cet égard que seuls quelques amis lui

étaient restés fidèles depuis qu'il avait cessé le travail et qu'il n'avait au surplus plus les moyens de sortir. Quant à savoir quelle activité pourrait être envisagée par son patient, le Dr L\_\_\_\_\_ a suggéré d'interroger le Dr M\_\_\_\_\_. Entendu à son tour en date du 26 août 2010, ce dernier a indiqué que suite à son accident, l'assuré avait développé les symptômes habituels du tableau du coup du lapin : douleurs cervicales et dorsales, vertiges, céphalées, insomnies et douleurs au niveau des épaules (capsulite rétractile). Un scanner dynamique avait permis de mettre en évidence une instabilité relativement élevée au niveau du rachis, qui pouvait expliquer les douleurs ressenties. Le témoin a émis l'avis que l'activité de cuisinier était désormais inenvisageable dans la mesure où elle implique des moments de stress intenses lors des "coups de feu", une position debout statique prolongée et le port de charges. S'agissant du rapport d'expertise bidisciplinaire, le témoin a émis l'avis qu'il ne mettait pas suffisamment en évidence les éléments suivants : - l'instabilité du rachis montrée par le scanner, - les problèmes résiduels au niveau des épaules, - l'évaluation pratique des possibilités d'activité du patient. Selon le témoin plusieurs éléments objectifs prouvent la douleur : le fait que le palper-rouler soit impossible en raison de l'infiltration des téguments, les omoplates tendues et douloureuses et les contractures musculaires, autant d'éléments qu'un patient ne peut simuler. S'agissant de l'instabilité ligamentaire dont le témoin estime qu'elle est très vraisemblable, il a suggéré de procéder à un nouveau scanner dynamique ou à une IRM. A l'issue de ces audiences, le Tribunal cantonal a décidé d'interpeler les experts du COMAI sur la nécessité de procéder à de nouveaux examens tels qu'échographie des épaules, IRM et/ou scanner dynamique. Les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont répondu en date du 1er octobre 2010 aux différents reproches formulés par le recourant. Il y sera revenu en détail en tant que de besoin dans la partie "en droit" du présent arrêt. Par écriture du 28 octobre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Quant au recourant, par écriture du 29 octobre 2010, il a fait de même et a produit à l'appui de sa position un courrier rédigé le 3 mai 2010 par le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Ce médecin indique avoir pris connaissance du rapport d'expertise bidisciplinaire. Il reconnaît que la situation du patient est « difficile » dans la mesure où, d'un point de vue strictement neurologique, il n'y a pas de déficit objectif. Il suggère un examen dynamique de la colonne cervicale, afin de déterminer s'il existe réellement une instabilité ligamentaire. Il relève par ailleurs que l'assuré a séjourné entre le 15 février et le 1er mars 2006 à la Clinique genevoise de Montana, où le diagnostic de trouble dépressif épisode moyen à sévère a été retenu, qui contraste avec les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_. Le Dr T\_\_\_\_\_ atteste avoir constaté chez l'assuré une nuque complètement bloquée avec une rotation maximum de 10 à 15°, une forte limitation de la mobilité des épaules, une colonne lombaire non mobilisable bloquée et, globalement, un examen neurologique peu contributif en raison des douleurs occasionnées par le moindre mouvement de sollicitation. Selon le médecin, le blocage des épaules est objectivé par l'examen échographique du 5 juin 2008 qui montre une bursite chronique adhérente, sous-acromiale, avec épaissement capsulo ligamentaire, ce qui explique la rotation impossible externe passive et active des deux épaules. Enfin, le médecin relève que le syndrome d'apnée du sommeil dont souffre l'assuré, qui ne peut être véritablement traité puisque ce dernier ne supporte pas l'appareil qu'il devrait porter la nuit, constitue un facteur de risque cardio-vasculaire, mais aussi dépressif. Le recourant, dans ses écritures, soutient que la démonstration d'une instabilité ligamentaire est essentielle à la détermination de sa situation. Il sollicite dès lors une expertise judiciaire pour se déterminer sur l'existence d'une instabilité ligamentaire et celle d'une capsulite rétractile aux épaules. Ces écritures ont été communiquées à l'intimé par courrier du 3 novembre 2010. EN

DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 ), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2003, respectivement au 1<sup>er</sup> janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4<sup>ème</sup> révision de la LAI (voir ATF 130 V 343 ). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé du recourant entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité 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 l'assuré 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 présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer

(ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un 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 arrêts cités). Dès lors, 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). 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 (et de gain; ATF 127 V 299 ). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 LPG), 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). 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) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Le recourant fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur le rapport d'expertise bidisciplinaire des Drs P \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_ dont il estime qu'il ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. Le recourant reproche en substance au rhumatologue d'avoir écarté le diagnostic de capsulose rétractile sans procéder à un examen radiologique, d'avoir sous-estimé ses problèmes cervicaux, d'avoir nié l'existence d'une instabilité ligamentaire alors qu'une postériorisation pathologique du diamètre de croisement a été mise en évidence et au psychiatre, d'avoir sous-estimé son état également en se basant uniquement sur le fait qu'il a préservé une certaine vie sociale. Enfin, il relève que son problème d'apnées du sommeil n'a pas été investigué. Il y a tout d'abord lieu de constater que le rapport d'examen des Drs P \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier. Quant à ses conclusions, dont la motivation a été encore complétée par les médecins en date du 19 octobre 2009 et au cours des enquêtes, elles apparaissent convaincantes. Les médecins se sont en particulier exprimés sur les différents reproches formulés par le recourant. S'agissant du scanner pratiqué le 1er juillet 2007 - dont les experts ont souligné qu'il était postérieur de sept mois à l'accident potentiellement responsable et antérieur de plus de dix-huit mois à leur expertise - ils ont expliqué qu'une postériorisation pathologique des diamètres de croisement au niveau C1-C2 telle que constatée peut effectivement correspondre à une instabilité ligamentaire mais que celle-ci n'a cependant pas été visualisée sur les ligaments les plus souvent incriminés. Qui plus est, les axes normaux en C0-C1 et les clichés fonctionnels radiographiques du 30 avril 2007 n'ont montré aucune instabilité. Enfin, les experts n'ont observé aucun signe clinique d'instabilité cervicale au moment de leur examen. Ces explications apparaissent convaincantes. Certes, le Dr M \_\_\_\_\_ a indiqué en audience que selon lui, une telle instabilité serait susceptible d'expliquer les douleurs ressenties, mais il a admis qu'il ne s'agissait là que d'une hypothèse très vraisemblable, ainsi que cela ressort d'ailleurs de l'examen pratiqué en 2007 qui conclut que la postériorisation constatée "peut correspondre à une instabilité ligamentaire". Or, il ressort des explications des experts que l'examen clinique et les radiographies ne permettent pas de valider cette hypothèse. Un nouvel examen similaire à celui pratiqué en 2007 s'avère

inutile dans la mesure où il ne pourra aboutir qu'à une nouvelle hypothèse, dont on a vu qu'elle n'a pu être vérifiée par d'autres biais. Quant à la capsulose rétractile des deux épaules révélée par l'échographie du 5 juin 2008 - dont les experts ont souligné qu'elle était antérieure de quatorze mois à leur examen - ils ont expliqué que ce type d'atteinte évolue et guérit dans un laps de temps variant entre six et dix-huit mois. L'examen clinique a permis de conclure à sa guérison, dans le cas de l'assuré, vu les rotations externes symétriques et normales à 80%. Quant à l'aspect infiltré des téguments et du tissu cellulo-graisseux sous-cutané, ils ont expliqué qu'il est souvent observé en cas de douleurs chroniques - dont ils ont souligné ne pas contester la réalité. Sur le plan psychique, les experts ont relevé que le Dr L\_\_\_\_\_ avait retenu en mai 2008 déjà le diagnostic d'épisode dépressif moyen et d'anxiété généralisée, qui contrastait déjà avec l'appréciation du Dr O\_\_\_\_\_ qui, quelques jours plus tard, avait conclu, lui, à une dysthymie. Les experts ont souligné qu'au moment de l'hospitalisation de l'assuré, en décembre 2008, les médecins avaient décrit une amélioration de la thymie, un meilleur élan vital, puis une évolution lentement favorable. L'expert psychiatre a expliqué de manière circonstanciée les raisons pour lesquelles il a écarté le diagnostic d'épisode dépressif moyen retenu par le psychiatre traitant, expliquant qu'au vu de la description faite par ce dernier (thymie triste, rumination, anxiété importante, perte d'appétit, troubles du sommeil, difficultés à gérer le quotidien et à se projeter dans l'avenir), les critères de la CIM-10 ne sont pas remplis. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a relevé que des symptômes tels que la perte d'appétit se basent sur une description subjective de l'assuré, description qui s'est cependant avérée peu fiable car souvent incohérente avec les éléments objectifs relevés lors de l'examen psychiatrique (l'expert a ainsi noté une prise de poids de l'assuré malgré la description d'une diminution de l'appétit, une participation de plus en plus active à l'examen et une maîtrise sans difficulté majeure des tests de concentration et d'attention malgré la diminution d'énergie alléguée ou encore le fait que l'assuré, qui se plaint d'un isolement social, décrit par ailleurs une vie quotidienne marquée par des rencontres régulières avec des amis de longue date ainsi que des relations de passage et des excursions). Quant aux difficultés à se projeter dans l'avenir décrites par le psychiatre traitant, le Dr Q\_\_\_\_\_ a dit avoir constaté quant à lui que, sous la condition d'une réponse positive à sa revendication aux prestations de l'AI, l'assuré était resté capable de se projeter dans l'avenir sans pessimisme. Enfin, il a rappelé que l'échelle de Hamilton sur laquelle le psychiatre traitant se base pour appuyer son diagnostic nécessite toujours la pose du diagnostic préalable d'état dépressif car sept des dix-huit critères se basent uniquement sur les déclarations subjectives de l'assuré. En conclusion, le Dr Q\_\_\_\_\_ a maintenu qu'en l'occurrence, le degré de gravité des symptômes dépressifs réactionnels de l'assuré ne dépasse pas celui d'un épisode dépressif léger. Ces explications apparaissent elles aussi convaincantes, d'autant que les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_ rejoignent celles du Dr O\_\_\_\_\_ qui, lui aussi, avait conclu à une dysthymie. A cet égard on relèvera que les explications du psychiatre traitant le sont beaucoup moins, par exemple lorsqu'il justifie l'isolement social de son patient par le fait que seuls quelques amis lui sont restés fidèles et qu'il n'a plus les moyens financiers de sortir, éléments dont on voit mal quel est le rapport avec l'état psychique de l'intéressé. Enfin, les apnées du sommeil invoquées par le recourant ne nécessitent pas d'investigations complémentaires puisqu'elles ne sont aucunement contestées. Certes, tant le Dr M\_\_\_\_\_ que le Dr S\_\_\_\_\_ ont indiqué que ces troubles pouvaient avoir une influence sur l'état psychique de l'assuré. Cependant, force est de constater au vu des conclusions de l'expert psychiatre que cet état n'atteint pas un degré de gravité tel qu'il puisse être considéré comme invalidant. Quant au Dr T\_\_\_\_\_, il

admet expressément que, d'un point de vue strictement neurologique, aucun déficit n'a pu être mis en évidence. Le seul élément auquel il se réfère est l'inflammation démontrée par l'échographie du 5 juin 2008 également observée par le Dr P \_\_\_\_\_, qui a néanmoins expliqué que l'aspect infiltré des téguments et du tissu cellulo-graisseux sous-cutané est souvent observé en cas de douleurs chroniques et ne saurait être considéré comme invalidant. Il suit de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé, se basant sur les conclusions du rapport d'expertise bidisciplinaire, a conclu à une pleine capacité de travail du recourant hors des périodes d'arrêt reconnues par le SMR. En conséquence, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à l'émolument. 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 Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK 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.