

GE_GERICHTE ATAS/1023/2016 vom 12. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1023_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/1023/2016 du 12 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/1023/2016 del 12 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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.

E. 2

La LPGA, entrée en force le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Le recours a été formé, compte tenu des fêtes du 18 décembre 2014 au 2 janvier 2015 inclusivement, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c, art. 60 et ss LPGA). Le recours est par conséquent recevable

E. 4

La question litigieuse est de savoir si le recourant a droit à des prestations d'invalidité en raison de ses atteintes à la santé.

E. 5

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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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 273 consid. 4a). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

A/152/2015 - 13/18 - Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 6

a. 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

A/152/2015 - 14/18 - c. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun

indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 7

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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les

A/152/2015 - 15/18 - expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 8

Enfin, le juge des assurances sociales 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).

E. 9

Dans sa décision litigieuse, l'intimé a retenu que le recourant a présenté, en raison de ses atteintes à la santé, une incapacité de travail totale dès le 30 octobre 2012, puis une capacité de travail à 50% en tant que pizzaiolo dès mars 2013 et à 100% dès septembre 2013, en se fondant sur le rapport du Dr F_____. Par rapport du 27 août 2014, l'expert a estimé que le recourant souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique (F33.0) depuis 2004 et d'une accentuation de traits de personnalité narcissique (Z73.1) depuis l'âge adulte. Depuis son hospitalisation en février 2013, le recourant avait montré des signes d'amélioration, de sorte qu'il pouvait reprendre une activité manuelle simple, comme celle d'aide-cuisinier, à 50% dès mars 2013 et à 100% dès septembre 2013, n'impliquant pas la conduite d'un véhicule. La reprise était souhaitable dans une activité n'impliquant pas d'intégration dans une hiérarchie stricte, notamment pas de travail en équipe. La chambre de céans relèvera déjà que les diagnostics posés par l'expert sont diamétralement opposés à ceux retenus par les autres spécialistes ayant examiné le recourant. En effet, alors que l'expert a constaté uniquement une accentuation de traits de personnalité narcissique, les autres médecins ont fait état de l'existence d'un trouble de la personnalité (rapports des 12 décembre 2012 et 18 février 2013 de la Dresse C_____ et rapport du 18 février 2013 de la Dresse D_____), voire d'un trouble de la personnalité mixte (rapport du 9 janvier 2015 de la Dresse G_____). En outre, alors que plusieurs spécialistes ont retenu un trouble dépressif récurrent, fluctuant entre des épisodes moyens (rapports des 12 décembre 2012 et 18 février 2013 de la Dresse C_____ et du 18 mars 2013 du Dr E_____) et sévères (rapports du 18 février 2013 de la Dresse D_____ et du 9 janvier 2015 de la Dresse G_____) et entraînant une incapacité de travail durable, l'expert a,

A/152/2015 - 16/18 - quant à lui, estimé que le recourant ne présentait pas de maladie psychiatrique incapacitante. Si ces éléments ne suffisent certes pas à écarter un rapport d'expertise, il n'en demeure pas moins que les conclusions de l'expert ne convainquent pas, et ce pour les motifs qui suivent. S'agissant de l'évolution de la capacité de travail du recourant à compter de la seconde hospitalisation qui a eu lieu du 31 janvier au 8 février 2013, l'expert a estimé que l'anamnèse ne permettait pas de retenir une incapacité de travail durable, étant donné que le recourant avait montré des signes d'amélioration décrits par le Dr E_____ en juin 2013 et dont témoignait l'inscription du recourant au chômage en mai 2014 (p. 17 du rapport d'expertise). Or, on relèvera qu'hormis le fait que le recourant présentait moins d'idées suicidaires que quatre ou cinq mois auparavant, le rapport du Dr E_____ du 3 juin 2013 - auquel se réfère l'expert - ne fait état d'aucun autre élément permettant de conclure à une amélioration de l'état de santé du recourant. En effet, selon le psychiatre traitant, le recourant souffrait alors d'un épisode dépressif récidivant grave depuis octobre 2012 et son incapacité de travail était encore totale. Depuis lors, ses capacités de concentration, de compréhension, d'adaptation et sa résistance étaient limitées. Le recourant était triste, abattu et fatigué. Il dormait de douze à quatorze heures par jour, pour fuir ses angoisses et la réalité quotidienne. Il vivait enfermé dans un petit studio, ne sortait que pour ses rendez-vous de médecin ou avec son oncle. Selon le psychiatre traitant, vu les épisodes dépressifs précédents, le pronostic n'était pas favorable et il présentait un risque d'évolution chronique. Enfin, la médication consistait dans la prise de Deroxat 20 mg

2cp, Trittico 100 mg 1cp, Quetiapine 100 mg 1cp, Quetiapine 25 mg 2cp, Xanax 0.5 Retard 2cp et Dalmadorm 30 mg 1 cp, et en parallèle, le recourant suivait une psychothérapie à raison d'une à deux séances d'une heure par semaine. Si le psychiatre traitant a certes indiqué dans son rapport que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail du recourant, selon l'évolution, on ne saurait en déduire, comme cela ressort du rapport d'expertise (p. 14), que le Dr E_____ a attesté d'un état psychique compatible avec une reprise d'une activité professionnelle. Qui plus est, cette interprétation ne résulte pas non plus des avis établis par le SMR. En outre, on peine à comprendre comment l'expert parvient à conclure à l'existence d'une capacité de travail de 50% remontant au mois de mars 2013, en se fondant sur une inscription au chômage à 50% effectuée au mois de mai 2014, soit plus d'une année plus tard. Par ailleurs, l'expert a estimé qu'au vu des particularités de la personnalité du recourant, la reprise devait se faire dans une activité n'impliquant pas d'intégration dans une hiérarchie stricte, et notamment pas de travail en équipe (p. 17 du rapport d'expertise).

A/152/2015 - 17/18 - Or, la chambre de céans relèvera que l'activité d'aide-cuisinier indiquée par l'expert comme étant exigible, ainsi que celle de pizzaiolo indiquée par l'intimé dans sa décision litigieuse, semblent impliquer non seulement une intégration dans une hiérarchie, mais également un travail en équipe. A cet égard, dans le cadre de la présente procédure, le SMR a souligné qu'il avait retenu, dans son avis du

E. 13

octobre 2014, ni la décision litigieuse ne font état d'une limitation liée au stress hiérarchique. Enfin, le rapport d'expertise ne permet pas de déterminer si les troubles psychiques dont souffre le recourant avaient une répercussion sur sa capacité à exercer son activité habituelle de chauffeur de poids lourds en 2011, soit au moment où le recourant a cherché à reprendre une activité lucrative. Compte tenu de ce qui précède, à défaut d'informations fiables et suffisantes sur les atteintes dont souffre le recourant et leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail, la chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate la situation médicale du recourant. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise effectuée par un psychiatre indépendant. Enfin, sur le plan somatique, on relèvera que les rapports succincts du 12 mars 2015 de la Dresse H_____ et du 19 février 2016 du Dr J_____ ne font pas état de l'existence d'une atteinte pouvant justifier une incapacité de travail, comme l'a relevé de manière convaincante le SMR dans ses avis des 17 avril 2015 et 6 juillet 2016. 10. Vu ce qui précède, le recours est admis partiellement et la décision querellée annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 11. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 12. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/152/2015 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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