

GE_GERICHTE ATAS/1404/2008 vom 28. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1404_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1404/2008 du 28 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1404/2008 del 28 novembre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). 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 du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

A/1088/2007 - 10/15 - La décision litigieuse étant postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à celle, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er 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 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'il présente.

E. 5

a) 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). 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). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 et les références). 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

A/1088/2007 - 11/15 - 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile

possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) 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

A/1088/2007 - 12/15 - 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).

E. 6

Le recourant fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de la capacité de travail sur les rapports d'expertise des Drs F_____ et G_____. Il se réfère à l'avis de son psychiatre traitant et à celui des Drs K_____ et D_____ et soutient être dans l'incapacité totale de travailler. Le Tribunal de céans ne saurait suivre l'argumentation du recourant pour les motifs suivants. Tout d'abord, le rapport d'examen de la Dresse G_____ se fonde sur une anamnèse détaillée et plusieurs longs entretiens avec le recourant. Par ailleurs, il tient compte des plaintes de ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que les conclusions de la Dresse G_____ sont partagées par le Dr F_____. Il ne s'agit dès lors pas d'un avis isolé. La Dresse G_____ a expliqué en détails les raisons pour lesquelles elle n'a finalement pas retenu de diagnostic de psychopathologie et conclu à une capacité de travail de 100% sur le plan psychiatrique. Elle a souligné que si le diagnostic d'état dépressif moyen ou sévère avait souvent été posé, on en trouvait cependant rarement la sémiologie. De même, la Dresse G_____ a développé les raisons pour lesquelles elle s'est écartée des conclusions du Dr B_____. Elle a souligné que pour étayer le diagnostic et la sévérité de l'état de son patient, ce dernier s'appuyait notamment sur la lettre de sortie de Belle-Idée et sur le rapport établi par le Dr D_____, du Programme dépression des HUG. Mais d'une part, le bref séjour à Belle-Idée ne pouvait avoir permis de constater dans le vécu du quotidien, même hospitalier, les symptômes relatifs à un tel diagnostic, d'autant plus qu'à l'examen clinique d'entrée, peu de symptômes ont été mentionnés, d'autre part, la majeure partie du rapport du Dr D_____ reprenait les symptômes décrits par le patient. En outre, la Dresse G_____ a fait remarquer que le fait que la fille du patient le décrive désormais comme se désintéressant de sa famille, sans contact, distant, et se comportant comme un étranger pouvait également trouver son origine dans le fait que depuis son divorce en 1999,

le patient a mené une vie affective parallèle à sa famille.

A/1088/2007 - 13/15 - S'agissant du diagnostic de dépression atypique, la Dresse G_____ a précisé qu'il se caractérise par un épisode d'allure dépressive, ne répondant pas à un critère d'un épisode dépressif léger, moyen, sévère, avec ou sans symptôme psychotique. Selon le CIM-10, ce genre de dépression se caractérise par la présence de symptômes dépressifs transitoires, associés à des symptômes non spécifiques, tels une tension musculaire, des préoccupations, un sentiment de détresse, une fatigue ou des douleurs persistantes d'origine non organique. Elle a ajouté qu'il serait tout de même surprenant que le patient n'ait répondu à aucun traitement, même pas aux antidépresseurs tricycliques. Au surplus, comme cela a déjà été relevé, les conclusions de la Dresse G_____ sont corroborées par celles du Dr F_____, qui, lui non plus, n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique. Tout comme la Dresse G_____, le Dr F_____ a considéré que les descriptions des rapports médicaux ne mettaient pas suffisamment de symptômes en évidence pour pouvoir poser le diagnostic de dépression majeure, que ce soit de gravité légère, moyenne ou sévère ; il en ressortait plutôt une souffrance psychique, se reflétant dans une rumination mentale. Il y a lieu d'ajouter qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce. Quant à l'avis des Drs K_____ et D_____, il ne saurait emporter la conviction, bien que ces médecins ne soient effectivement pas les psychiatres traitants. Le rapport établi par ces médecins est en effet bien moins fouillé que celui de la Dresse G_____. Par ailleurs, une fois encore, il reprend principalement les plaintes subjectives du patient. C'est le lieu de préciser que l'authenticité de ces plaintes n'a cependant jamais été mise en doute. Quant à l'hypothèse selon laquelle le patient serait atteint de mélancolie selon Tellenbach, force est de constater que les médecins eux-mêmes admettent qu'elle n'est pas compatible avec les diagnostics habituellement posés aujourd'hui avec le DSM IV. Sans doute objectivement fondé sur la valeur probante du rapport de la Dresse G_____, il apparaît inutile d'entendre une nouvelle fois les médecins, dont le recourant réclame l'audition, d'autant que le Dr B_____ a déjà été longuement entendu en audience, que la Dresse G_____ a fourni un rapport

A/1088/2007 - 14/15 - fort détaillé et que les Drs K_____ et D_____ ont déjà exprimé leur avis par le biais d'un rapport écrit. Le Tribunal de céans renoncera donc à procéder à l'audition de ces médecins. Il en résulterait en effet un allongement de la procédure et des frais disproportionnés en violation avec les principes de célérité, d'économie de procédure et de proportionnalité. Il suit de ce qui précède qu'il n'est manifestement pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant serait atteint de troubles de la santé psychique au point d'être limité dans sa capacité de travail et que c'est par conséquent à juste titre que l'intimé lui a nié le droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Le recours est donc rejeté.

A/1088/2007 - 15/15 -

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