

GE_GERICHTE ATAS/19/2012 vom 17. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_19_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/19/2012 du 17 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/19/2012 del 17 gennaio 2012

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; RS 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du

E. 6

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

A/2652/2011 - 8/10 - Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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. 7

En l'espèce, aucune affection somatique ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré n'est mentionnée par ses deux médecins traitants successifs, le premier l'ayant suivi de 1998 à juillet 2010, le second depuis lors, sous réserve des douleurs neuropathiques consécutives à l'alcoolisme mentionnées par le Dr N_____. Ainsi, les douleurs dorsales évoquées par l'assuré ne sont objectivées par aucun diagnostic et celles au foie et aux jambes sont consécutives à l'excès d'alcool selon son médecin traitant. S'agissant des affections psychiques, l'expertise du Dr M_____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, dès lors que bien que succincte, elle contient une anamnèse complète, elle tient compte des plaintes du patient et ses conclusions, s'agissant de l'absence de gravité du trouble dépressif, sont bien motivées et fondées sur l'examen effectué, une appréciation du dossier médical mais aussi sur les déclarations de l'assuré. D'ailleurs, les médecins traitants de l'assuré mentionnent un état dépressif sans précision quant à sa gravité et l'incapacité totale de travailler attestée depuis 2003 par le Dr L_____ n'est pas précisément motivée et paraît autant due à l'alcoolisme au vu des limitations évoquées (absentéisme, incapacité à se plier à une discipline de travail, etc.) qu'à l'état dépressif. Quant au Dr N_____, il ne se prononce pas sur les conséquences du trouble dépressif et de l'alcoolisme sur la capacité de travail de l'assuré. Au demeurant, ces avis sont insuffisamment motivés pour remettre en cause les conclusions du Dr M_____, étant précisé que le tentamen évoqué par le Dr L_____ n'est pas confirmé par le rapport des HUG, l'assuré ayant consulté et ayant été hospitalisé durant 48 heures après la seconde séparation de son épouse, en raison d'idées suicidaires, qu'il n'y a jamais eu de suivi par un psychiatre depuis 2001. Il faut donc retenir que l'assuré ne souffre d'aucune affection psychique invalidante, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de déterminer si l'alcoolisme est primaire ou secondaire, étant relevé que celui-ci a certainement des conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, mais que rien ne démontre qu'une tentative de sevrage ait été faite ou que l'assuré ait continué à présenter des signes dépressifs

A/2652/2011 - 9/10 - malgré une période d'abstinence relativement longue. Or, l'excès d'alcool est antérieur voire concomitant aux premières périodes d'incapacité de travail attestées par le centre de consultation psychiatrique de la jonction selon les faits ressortant du jugement de mesures protectrices de l'union conjugale. En l'absence d'avis médical

circonstancié divergeant des conclusions de l'expertise, la Cour retient au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ne présente pas d'affection ayant des répercussions durables sur sa capacité de travail, et partant de gain, ce qui exclut l'octroi de prestations d'invalidité. La décision de refus de l'OAI est donc bien fondée.

E. 8

Le recours est rejeté. La procédure n'est pas gratuite en matière de contestation des prestations de l'assurance-invalidité, aux termes de l'art. 69 al. 1bis LAI. Partant, le recourant sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

A/2652/2011 - 10/10 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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