

GE_GERICHTE ATAS/291/2012 vom 20. März 2012

GE Cour de justice, 2012-03-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_291_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/291/2012 du 20 mars 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/291/2012 del 20 marzo 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

a) La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 est applicable. b) Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la demande de prestations date de 2010, de sorte que le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI entrées en vigueur le 1er janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'OAI de refuser toute prestation à l'assuré.

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). 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). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

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 qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

A/2981/2011 - 11/14 - sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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 125 V 351 consid. 3). b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. 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 351 consid. 3b/ee). c) 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. cc). 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

A/2981/2011 - 12/14 - 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). d) 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. 7

En l'espèce, l'expertise du CEMED doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'aspect somatique est fondé sur l'examen de l'assuré, le dossier médical et radiologique et les conclusions de l'expert sont convaincantes. L'expert retient que les douleurs lombaires ne s'expliquent par aucune affection médicale objectivable, de sorte qu'il n'y a pas, de ce point de vue, de maladie ayant un effet sur la capacité de travail. Le Dr L_____, spécialiste en rhumatologie et médecin traitant de l'assuré, partage d'ailleurs pleinement les conclusions de l'expert à ce sujet. L'avis du Dr O_____ est exclusivement fondé sur les plaintes du patient, sans mentionner aucun élément objectivement vérifiable qui expliquerait l'intensité des douleurs alléguées. D'ailleurs, le recourant n'explique pas véritablement en quoi l'appréciation des preuves à laquelle l'OAI a procédé serait erronée et il se limite à critiquer l'avis du Dr L_____ sans chercher à démontrer qu'un autre point de vue médical serait objectivement mieux fondé ou, du moins, justifierait la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, confirmée par l'avis de son propre médecin, il ne suffit pas de prétendre que les médecins auraient dû logiquement présenter des conclusions différentes au vu des douleurs ressenties; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de ces avis et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions ou établir le caractère incomplet de ces avis. En l'absence de critiques objectivées, il n'y a pas lieu de débattre plus avant du bien-fondé de l'évaluation de

A/2981/2011 - 13/14 - la capacité de travail opérée par les deux médecins dès lors qu'il n'appartient pas au juge de se livrer à des conjectures qui relèvent exclusivement de la science médicale (arrêt 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 consid. 2.3; 9C_181/2011 du 9 décembre 2011). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (arrêts 9C_876/2010 du 19 mai 2011 consid. 2.3.2, 9C_688/2010 du 24 janvier 2011 consid. 4.4, 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3.1). Il faut ainsi retenir qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les douleurs de l'assuré ne sont objectivées par aucune atteinte à la santé objectivable, de sorte que la totale capacité de travail retenue par l'expert et confirmée par le médecin spécialiste consulté par l'assuré est admise. Du point de vue psychiatrique, l'expertise du CEMED est certes sommaire et est malheureusement fondée sur un seul entretien avec l'assuré, alors que ce dernier venait d'apprendre l'obtention d'un logement fixe lui permettant d'envisager l'avenir sous un jour meilleur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen retenu par l'expert est identique à celui retenu par les psychiatres des

HUG et par le Dr S_____, psychiatre traitant de l'assuré depuis octobre 2011. Les rapports d'hospitalisation du 16 au 25 août 2009 et du 1er au 16 février 2010 ne se prononcent pas sur la capacité de travail de l'assuré, mais relèvent une amélioration nette de sa thymie après le traitement prescrit durant les hospitalisations, l'appétit et le sommeil étant recouverts. Ainsi, l'amélioration relevée par l'expert, en lien avec la stabilisation de la situation sociale de l'assuré, n'est pas contestable, l'assuré ayant effectivement admis que son état dépressif n'avait depuis lors plus d'effet sur sa capacité de travail, ce qu'il a confirmé en audience. Le rapport de la consultation des Eaux-Vives, qui retient une totale incapacité de travail depuis 2007, alors que l'assuré a été suivi seulement trois semaines après l'hospitalisations de 2009 et une semaine après celle de 2010, sans diagnostiquer un état dépressif grave, semble uniquement fondé sur les plaintes du patient, sans mention de l'effet du traitement prescrit et de la compliance du patient, de sorte qu'il n'est pas probant. Seul le Dr S_____ retient une incapacité de travail de 50%, pour un état dépressif de gravité pourtant moyenne, traité par un anti-dépresseur et un suivi bimensuel, ce seul avis, qui émane du psychiatre traitant qui est naturellement empathique, n'est pas de nature à remettre en cause l'avis de l'expert. Cela est d'autant plus vrai que l'assuré reconnaît que, correctement traitée, sa dépression est sans effet sur sa capacité de travail. La décision de refus de prestations de l'OAI est ainsi fondée.

E. 8

Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté. Depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), mais l'assuré plaide au bénéfice de l'assistance juridique, de sorte qu'il sera renoncé à la perception d'un émolument.

A/2981/2011 - 14/14 - 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.