

GE_GERICHTE ATAS/406/2015 vom 8. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_406_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/406/2015 du 8 juin 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/406/2015 del 8 giugno 2015

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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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

A/2337/2014 - 11/20 - 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, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

a. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). b. Selon l'art. 61 LPGA, sous réserve de l'art. 1 al. 3 loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal. Elle doit notamment satisfaire aux exigences suivantes : a. Elle doit être simple, rapide, en règle générale publique, ainsi que gratuite pour les parties (sauf exception ou dérogation, notamment en l'espèce en matière d'AI, selon l'art. 69 al. 1bis LAI) ; les émoluments de justice et les frais de procédure peuvent toutefois être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté ; b. L'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal imparti un délai convenable recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté ;... Conformément à la disposition qui précède (art. 61 let. b LPGA en particulier), en droit cantonal genevois, selon l'art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10) la demande ou le recours est adressé en deux exemplaires à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice soit par une lettre, soit par un mémoire signé, comportant : a) les nom, prénoms, domicile ou résidence des parties ou, s'il s'agit d'une personne morale, toute autre désignation précise; b) un exposé succinct des faits ou des motifs invoqués; c) des conclusions (al. 1). Le cas échéant, la décision attaquée et les pièces invoquées sont jointes (al. 2). Si la lettre ou le mémoire n'est pas conforme à ces règles, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice(19) impartit un délai convenable à son auteur pour le compléter en indiquant qu'en cas d'inobservation la demande ou le recours est écarté (al. 3). c. Le présent recours a été déposé dans le délai de 30 jours prévu par l'art. 60 al. 1 LPGA. Toutefois, estimant qu'il ne satisfaisait pas aux exigences formelles de contenu d'un acte de recours, la chambre de céans a imparti au recourant, par courrier recommandé du 21 octobre 2014, un délai au 12 novembre 2014 pour

A/2337/2014 - 12/20 - compléter son recours et le rendre conforme, sous peine d'irrecevabilité, aux exigences de l'art. 89B LPA. d. Il importe que la juridiction cantonale puisse comprendre, au regard du recours (et le cas échéant de son complément) : - les faits pertinents de la cause, dont - lorsqu'est invoquée une constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents (art. 61 al. 1 let. b LPA) - quels faits sont prétendument inexacts ou incomplets, et en quoi ils sont inexacts ou incomplets et en plus pertinents pour la solution du litige ; - les griefs que le recourant émet à l'encontre de la décision attaquée, à savoir en quoi la décision attaquée est prétendument contraire au droit, consacre un excès ou un abus du pouvoir d'appréciation (art. 61 al. 1 let. a LPA), ou/et repose sur des faits établis de façon inexacte ou incomplète (art. 61 al. 1 let. b LPA) ; - ce que le recourant demande de la juridiction saisie. Ces exigences sont peu élevées. Elles ont pour but de permettre à la juridiction administrative de déterminer l'objet du litige qui lui est soumis et de donner l'occasion à la partie intimée de répondre aux griefs formulés à son encontre (ATA/216/2013 du 9 avril 2013 consid.4 ; ATA/1/2007 du 9 janvier 2007 ; ATA/632/2005 du 27 septembre 2005 ; ATA/251/2004 du 23 mars 2004 ; ATA F. du 8 septembre 1992). Elles ne doivent pas être réduites à rien, comme si elles n'étaient en définitive pas posées. S'il lui faut éviter tout formalisme excessif et toute rigueur inutile, la juridiction saisie n'a pas pour autant à se muer en avocate du recourant et, en suppléant aux carences de ce dernier, à devoir imaginer les faits pertinents susceptibles d'avoir été mal établis ou/et interprétés par l'autorité intimée, deviner les éventuelles contrariétés au droit que recèlerait

la décision attaquée, et dire à la place du recourant ce que celui-ci devait requérir d'elle. e. En l'espèce, la question se pose de savoir si le courrier du psychiatre traitant du 12 novembre 2014 et son annexe répondent aux exigences des dispositions susmentionnées. En effet, même en rapprochant la lettre introductive du recours, cosignée par le médecin traitant et le recourant, et le rapport médical produit en guise de complément au recours par le psychiatre traitant, si l'on comprend que le recourant conteste la décision entreprise, il est difficile en revanche d'en cerner les faits pertinents de la cause, les motifs et conclusions. Pour le médecin traitant, le recourant présente des polymorbidités avec des éléments psychiques qui nécessitent une prise en charge spécialisée, avec la précision que le patient a débuté une thérapie (dans ce sens et postérieurement à la décision entreprise). Quant à la psychiatre traitante, elle indique : « Je concorde avec la majeure partie des observations décrites dans les trois expertises. » Mais elle indique qu'en plus elle poserait les diagnostics complémentaires de psychose infantile et de troubles de la personnalité, concluant qu'elle est « en accord avec la position du Dr ... (médecin traitant), en allant plus loin : le patient pourrait avoir une activité à temps partiel, dans un cadre protégé ou bien un milieu très favorable ».

A/2337/2014 - 13/20 - Il apparaît ainsi difficile de comprendre quels griefs sont faits à la décision entreprise, sinon que le recourant la conteste, et à quoi tendent effectivement ses conclusions. Ainsi, bien que très douteuse, la question de la recevabilité du présent recours peut rester ouverte, compte tenu de l'issue du litige, comme on va le voir.

E. 5

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si le recourant subit une incapacité de gain totale ou partielle en raison d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

E. 6

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).

E. 7

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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a 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 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).

E. 8

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 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).

A/2337/2014 - 14/20 - 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 351 consid. 3). 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). Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_58172007 du

14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). 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

A/2337/2014 - 15/20 - 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). 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. 9

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 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

A/2337/2014 - 16/20 - 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. 10

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

A/2337/2014 - 17/20 -

E. 12

Dans le cas d'espèce, le recourant, contresignant l'acte de recours rédigé par son médecin traitant, se borne à alléguer, à l'appui de sa contestation de la décision de l'intimé du 9 juillet 2014, le fait qu'il présenterait des polymorbidités avec des éléments psychiques qui nécessitent une prise en charge spécialisée, et à indiquer qu'il a débuté une thérapie auprès de la Dresse Q_____. Ce faisant, il n'a en rien critiqué le rapport d'expertise pluridisciplinaire à la base de la décision de refus de prestations, présentement entreprise. Dans le cadre du complément au recours, ordonné par la chambre de céans, le recourant représenté par son psychiatre traitant, ne critique pas davantage le rapport d'expertise sur

lequel se fonde la décision entreprise, au contraire : elle souscrit à la majeure partie des observations décrites par les experts, et elle se borne à remarquer qu'elle poserait les diagnostics complémentaires de psychose infantile et de troubles de la personnalité. Elle n'apporte toutefois aucune justification à ces affirmations, et ne dit surtout pas en quoi les diagnostics complémentaires qu'elle suggère, à supposer qu'ils soient fondés, devraient conduire à des conclusions différentes de celles auxquelles sont parvenus les experts pluridisciplinaires qui se sont prononcés sur le cas, en quoi l'expertise en question serait lacunaire, ou encore quels éléments objectivement démontrables auraient été ignorés des experts et jetteraient ainsi un doute quant à la fiabilité des conclusions auxquelles sont parvenus les experts. Il y a donc lieu dans un premier temps d'examiner si l'on peut, comme le soutient l'intimé, fort de l'avis de son service médical, reconnaître toute valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire qu'il avait confiée à des médecins indépendants, désignés selon la procédure habituelle par le CEMED. La chambre de céans, se référant au descriptif et résumé qu'elle a dressés du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1er avril 2014, (En fait ad ch. 13) , constate que les experts désignés ont examiné l'assuré, chacun par rapport à sa propre spécialité, après avoir pris connaissance du dossier de manière approfondie, personnellement et à travers un collègue n'ayant pas participé aux examens, ont procédé à une anamnèse complète, et effectué des examens complémentaires ; ils ont également sollicité les informations nécessaires des médecins traitants, respectivement les HUG, établissement qui avait déjà procédé à une approche pluridisciplinaire (neurologique, psychiatriques et de médecine interne). Les experts ont examiné, seuls et en confrontation, l'intégralité des documents médicaux à disposition, en ayant soigneusement tenu compte des plaintes de l'assuré, chacun dans son domaine de prédilection, et sont en définitive arrivés à des conclusions cohérentes, exempte de toute contradiction, se prononçant sur toutes les questions à résoudre, confrontant leurs observations et conclusions à celles des médecins traitants, pour constater qu'à la seule exception du médecin traitant, leurs conclusions se rejoignaient. Ainsi, les experts ont constaté que tant le Dr H_____ que la Prof R_____ ont exprimé des doutes importants quant à la nature épileptique des malaises, laquelle n'a pas pu être prouvée, malgré les investigations électroencéphalographie pratiquées. Les experts ont en revanche relevé que les

A/2337/2014 - 18/20 - neurologues traitants ne se sont pas positionnés sur la capacité de travail. Leur appréciation a en revanche été confirmée par l'expert neurologue, savoir que l'origine comitiale des troubles reste très incertaine et qu'il est clairement plus probable qu'il s'agisse de phénomènes psychogènes. S'agissant de l'incapacité de travail retenue par le Dr B_____, selon les experts, les éléments neurologiques à disposition ne permettent pas de retenir une incapacité de travail et il y a donc effectivement une divergence quant à l'appréciation de la capacité de travail entre le médecin traitant et les experts. Sur le plan psychiatrique les experts ont encore précisé qu'ils rejoignaient l'avis du Dr F_____, psychiatre, concernant le diagnostic de trouble de la personnalité. La chambre de céans remarque à ce sujet que les diagnostics « complémentaires » proposés par la psychiatre traitante avaient d'ores et déjà été posés par le confrère qui avait précédemment suivi le recourant, en particulier lors de l'événement dépressif moyen de 2009, les experts ayant toutefois précisé qu'à l'heure actuelle (et depuis octobre 2009) on ne retrouve aucun trouble psychiatrique spécifique. En conclusion, les experts indiquent que l'assuré ne présente pas d'atteinte à la santé ayant des répercussions sur la capacité de travail, pour autant que cette activité soit adaptée et respecte les quelques limitations fonctionnelles décrites, soit les activités à risques majeurs de blessure, en cas de malaise/confusion (quelle qu'en soit

l'origine) et une activité nécessitant la conduite professionnelle d'un véhicule automobile. Les maladies sans répercussions sur la capacité de travail sont des malaises d'étiologie probablement psychogène, des céphalées clairement tensionnelles, et une personnalité paranoïaque. Hormis l'épisode dépressif moyen de 2009 qui a conduit à son incapacité de travail, qui a régressé jusqu'à devenir nulle, la capacité de travail dans une activité respectant les quelques limitations fonctionnelles est complète en temps et rendement, dans l'activité antérieure ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible. Le rapport d'expertise étant complet, ne contenant pas de contradictions, ses conclusions étant dûment motivées, il a pleine valeur probante, d'autant qu'aucun élément médical n'a été produit qui en contredirait les conclusions sur la base d'éléments objectivement vérifiables. En effet, non seulement le psychiatre traitant actuel du recourant indique clairement partager l'essentiel des conclusions auxquelles parviennent les experts pluridisciplinaires, mais lorsqu'il paraît proposer un diagnostic complémentaire, il s'avère que celui-ci avait déjà été posé, et avait été pris en compte par les experts - ce qui a d'ailleurs été relevé par le SMR a qui a été soumis, en cours de procédure judiciaire, ce rapport médical venu complétait le recours -. Mais surtout, ce médecin ne dit pas en quoi les diagnostics complémentaires qu'il suggère modifieraient les conclusions des experts. Il ne dit pas même si ces diagnostics complémentaires ont, selon lui, une incidence ou pas sur la capacité de travail. Il ne se prononce d'ailleurs pas sur cette question, se bornant à se dire d'accord avec le médecin traitant. Or, ce dernier n'a jamais pris position et surtout n'a jamais dit en

A/2337/2014 - 19/20 - quoi le rapport d'expertise présenterait des lacunes ou des incohérences propres à susciter un doute quant à sa valeur probante. La chambre de céans remarque aussi, s'agissant en particulier de la lettre de sortie des HUG du 18 janvier 2011, consécutive à l'hospitalisation du recourant en particulier à des fins diagnostiques, en décembre 2010, que ce courrier avait notamment été adressé en copie au médecin traitant, qui n'a apparemment jamais jugé utile de le soumettre à l'OAI... Or, il est vraisemblable que si les résultats de ces investigations approfondies avaient été portés plus tôt à la connaissance de l'intimé, il n'aurait peut-être pas été amené à ordonner l'expertise pluridisciplinaire qu'il a en définitive mise en place. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans constate que le rapport d'expertise pluridisciplinaire sur lequel se fonde la décision entreprise répond pleinement aux exigences de la jurisprudence et doit se voir ainsi reconnaître une pleine valeur probante. À l'inverse, l'opinion isolée du médecin traitant, écartée en connaissance de cause par les experts, n'est justifiée par aucun élément objectivement vérifiable. Cet avis est certes soutenu par le psychiatre traitant actuel, consulté par le recourant après la notification de la décision litigieuse. Mais ce dernier partage aussi l'essentiel des conclusions des experts. Il ne dit pas non plus en quoi la situation actuelle du recourant serait différente de ce qu'elle était au moment où les experts se sont prononcés, respectivement au moment où la décision attaquée a été rendue, et comporterait ainsi des éléments nouveaux. À supposer d'ailleurs que ce fût le cas, les éléments nouveaux devraient alors être soumis à l'OAI, qui devrait alors rendre une nouvelle décision, fondée s'il y avait lieu, sur les faits nouveaux survenus par hypothèse après la décision présentement entreprise. Ainsi la chambre de céans constate que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 1er avril 2014 doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les conclusions des experts ont d'ailleurs été soumises à l'examen du SMR, lequel a procédé à la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, et reconnu lui aussi de façon convaincante la pleine valeur probante de ce rapport. Dans la mesure où médicalement il n'a été retenu aucune infirmité congénitale, maladie ou conséquence d'un

accident entraînant une incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, les experts ayant au contraire considéré que la capacité de travail tant dans l'activité de nettoyeur exercée en dernier lieu que dans toute activité adaptée, était pleine et entière, en temps et en rendement, c'est à juste titre que l'intimé a nié au recourant tout droit à des prestations.

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de CHF 200.-

A/2337/2014 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant

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