

# **GE\_GERICHTE ATAS/520/2008 vom 22. April 2008**

GE Cour de justice, 2008-04-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_520\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_520_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/520/2008 du 22 avril 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/520/2008 del 22 aprile 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 8 mai 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant

A/2317/2007 - 8/12 - remontant essentiellement à l'année 2003, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

### **E. 3**

En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux, est recevable, conformément à l'art. 60 LPGA.

### **E. 4**

Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente l'assuré entraînent une incapacité de travail ouvrant droit, le cas échéant, à des prestations de l'assurance-invalidité.

### **E. 5**

En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité

congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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).

#### **E. 6**

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 maladif, 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

#### **E. 7**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans

A/2317/2007 - 9/12 - 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 la jurisprudence citée). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects

médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). Il convient également de rappeler que, pour ce qui concerne la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille

A/2317/2007 - 10/12 - (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

#### **E. 8**

En l'espèce, l'OCAI a refusé à l'assuré toute prestation AI, se fondant sur le rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_. Celui-ci n'a en effet retenu qu'un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique. Selon lui, l'assuré ne présente pas de limitation fonctionnelle sur le plan psychique qui pourrait être à l'origine d'une diminution de la capacité de travail. Il a par ailleurs nié l'existence d'un trouble bipolaire, en l'absence d'une symptomatologie maniaque de manière univoque et de mise en place d'un stabilisateur de l'humeur.

#### **E. 9**

Le Tribunal de céans constate que l'expertise réalisée par le Dr N\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Il a expliqué en quoi consistait l'atteinte à la santé de l'assuré, ses conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que le Tribunal n'a aucune raison de s'en écarter.

#### **E. 10**

L'assuré le conteste cependant, soulignant que l'expert n'avait pas pris connaissance des pièces relatives à ses troubles du sommeil, que l'entretien téléphonique avec le médecin traitant n'avait duré que quelques instants, que la journée type de travail décrite ne représentait qu'une journée idéale et non pas une réalité quotidienne. Il relève enfin plusieurs inexactitudes.

#### **E. 11**

Il s'agit dès lors de déterminer si l'appréciation de la Dresse L\_\_\_\_\_ est de nature à mettre en doute les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_. Celle-ci a à cet égard été entendue par le Tribunal de céans le 19 février 2008 et s'est longuement exprimée sur le diagnostic de trouble bipolaire. Elle a plus particulièrement expliqué pour quel motif elle avait retenu ce diagnostic. Force est toutefois de constater, à l'instar de la Dresse O\_\_\_\_\_ du SMR, que la Dresse L\_\_\_\_\_ fait surtout état de simples suppositions partant de l'idée que l'assuré avait été un enfant hyperactif et soulignant qu'il restait constamment au stade de la dépression. Le Tribunal de céans relève à cet égard que tant les Drs L\_\_\_\_\_ que M\_\_\_\_\_, dans leurs rapports respectifs des 13 octobre et 6 novembre 2004, parlent

tous deux de dépression sans en qualifier l'intensité. Le Dr N\_\_\_\_\_ quant à lui a conclu à un épisode dépressif léger. Selon l'assuré, la Dresse L\_\_\_\_\_ a surtout fait preuve d'honnêteté et de modestie, en faisant part de ses réflexions et de ses interrogations. Il relève des contradictions figurant dans le rapport du Dr N\_\_\_\_\_, plus particulièrement lorsque celui-ci rapporte les dires du médecin traitant, et reproche à l'expert d'avoir ignoré son problème d'apnées du sommeil. Le Tribunal de céans considère toutefois que ces observations ne suffisent pas pour conclure à une maladie psychiatrique invalidante, ce d'autant moins notamment que l'expert a dûment traité la question des troubles du sommeil

A/2317/2007 - 11/12 -

#### **E. 12**

Le recours dans ces conditions ne peut être que rejeté.

#### **E. 13**

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

A/2317/2007 - 12/12 -

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