

## **GE\_GERICHTE ATAS/647/2009 vom 22. Mai 2009**

GE Cour de justice, 2009-05-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_647\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_647_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/647/2009 du 22 mai 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/647/2009 del 22 maggio 2009

### **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.

A/5006/2007 - 11/17 -

#### **E. 2**

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). En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, 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 celle de savoir quel est son degré d'invalidité.

#### **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). 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).

A/5006/2007 - 12/17 -

#### **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**

a) 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). 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 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.). c) 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

A/5006/2007 - 13/17 - 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. d) 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 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 I 592/99 du 13 mars 2000 consid. b/ee).

## **E. 8**

En l'espèce, le recourant fait grief au Dr O \_\_\_\_\_ - sur la base du rapport duquel s'est basé l'intimé pour rendre sa décision - de n'avoir pas expliqué les raisons pour lesquelles il a conclu à l'absence de trouble dépressif. Il convient donc en premier lieu d'examiner si les rapports du Dr O \_\_\_\_\_ peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante. Certes, les rapports d'expertise se fondent sur une anamnèse détaillée et relatent les plaintes du patient. Cependant, force est de constater que leurs conclusions sont contradictoires, ainsi que l'a d'ailleurs relevé l'intimé lui-même, puisque l'expert, après avoir conclu à de simples dysthymie et neurasthénie, admet tout de même une diminution de la capacité de travail, de l'ordre de 30%. A ceci s'ajoute le fait que l'avis du Dr O \_\_\_\_\_ apparaît pour le moins isolé et en totale contradiction avec celui des Drs L \_\_\_\_\_, P \_\_\_\_\_ et Q \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_. Ce n'est donc pas un diagnostic mais tous les psychiatres s'étant succédé pour prendre en charge le recourant qui ont posé un diagnostic

A/5006/2007 - 14/17 - d'épisode dépressif majeur d'intensité sévère. La discordance entre la sévérité de ce diagnostic et la modicité de ceux retenus par l'expert ne peut manquer

d'étonner. Certes, 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. Tel est le cas en l'espèce. En effet, entendu par le Tribunal de céans, le Dr S \_\_\_\_\_ a fait remarquer que l'avis émis par le Dr O \_\_\_\_\_ dans son premier rapport - à savoir que l'état du patient était susceptible d'évoluer - a été contredit par les faits et ce, malgré la mise sur pied de plusieurs traitements. Le témoin a par ailleurs produit un rapport de polysomnographie daté du 19 novembre 2004 et expliqué que le recourant n'a pas toléré l'appareil qu'il devait porter la nuit pour tenter de remédier aux apnées, auxquelles s'ajoute un syndrome de mouvements périodiques des jambes. Certes, il est vrai que le Dr O \_\_\_\_\_ mentionne cet élément dans son rapport. Il n'en a cependant tiré aucune conclusion sur le plan de la capacité de travail ni expliqué les raisons pour lesquelles il estimait - ce qui semble être le cas - qu'il était sans influence sur cette dernière. Au surplus, le fait que le recourant n'a pas toléré l'appareil respiratoire est nouveau, de même que le déficit de l'attention et la somnolence que le Dr S \_\_\_\_\_ a dit avoir pu objectiver. Or, force est de constater que ces éléments n'ont fait l'objet d'aucune investigation pour déterminer les conséquences sur la capacité de travail du recourant. La Dresse R \_\_\_\_\_, du SMR, a renoncé à prendre position quant à l'avis du Dr S \_\_\_\_\_, dont elle a cependant fait remarquer qu'il était postérieur à celui du Dr O \_\_\_\_\_. Cela est cependant sans pertinence. En effet, le Dr S \_\_\_\_\_, qui suit le recourant depuis octobre 2006 - c'est-à-dire avant que l'expert ne rende son rapport complémentaire -, a indiqué que l'état du patient n'a guère évolué dans le temps. Le témoin a en outre produit la dernière évaluation du patient (échelle de MADRS), datée du 26 septembre 2008, qui fait état d'un score de 30 sur 60 correspondant à une dépression sévère, précisant que, dans le cas de l'assuré, les variations au fil du temps n'ont été que minimales. Le témoin a ensuite énuméré de manière claire et convaincante les critères diagnostiques sur lesquels il s'est basé pour poser son diagnostic.

A/5006/2007 - 15/17 - Enfin, le Dr S \_\_\_\_\_ a expliqué qu'il était possible, vu l'appauvrissement de l'élocution du patient, que l'expert ait peiné à se faire une idée exacte de la situation. Cette hypothèse est corroborée par les dires du Dr O \_\_\_\_\_ lui-même qui, dans son premier rapport, relevait d'emblée que l'expertisé s'était montré très laconique, ne formant que rarement des phrases complètes et attendant passivement les questions. Il a d'ailleurs admis avoir rencontré des difficultés à évaluer la situation thymique. Les déclarations du Dr S \_\_\_\_\_, qui suit l'assuré depuis plusieurs années, démontrent qu'il s'agit là, non pas d'un manque de collaboration de l'intéressé, mais d'une attitude habituelle, découlant peut-être, précisément, de son état. Par ailleurs, l'hypothèse émise par l'expert, selon laquelle les médecins auraient sans doute été aussi frappés que lui par la discordance entre les observations cliniques et l'évaluation de l'assuré, a été infirmée, en tout cas en ce qui concerne le Dr S \_\_\_\_\_, qui n'a manifesté aucun doute quant à l'état de son patient. Enfin, le Dr S \_\_\_\_\_ a souligné que la leucopénie dont souffre son patient a également des conséquences, lesquelles n'ont, semble-t-il, pas été prises en compte non plus par l'expert.

## E. 9

Eu égard à ces considérations, le Tribunal de céans considère qu'on ne saurait reconnaître pleine valeur probante aux rapports du Dr O \_\_\_\_\_, dont il convient de relever par ailleurs, qu'il a spontanément suggéré qu'un deuxième avis psychiatrique soit demandé. Qui plus est, il conviendrait d'investiguer de manière plus approfondie la question des troubles du sommeil et de leurs conséquences éventuelles sur la capacité de travail du recourant. Il est rappelé que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). L'administration est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.). De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002). La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la

A/5006/2007 - 16/17 - cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, étant rappelé qu'un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder par des médecins spécialisés à une expertise portant sur les troubles psychiques et les troubles du sommeil du recourant, rende une nouvelle décision.

A/5006/2007 - 17/17 -

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