

GE_GERICHTE ATAS/899/2017 vom 16. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_899_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/899/2017 du 16 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/899/2017 del 16 ottobre 2017

Erwägungen

E. 11

a. Dans le cadre de son recours, l'assuré s'est borné à contester la décision de l'intimé du 4 octobre 2016, en affirmant que son incapacité de travail, constatée le 7 janvier 2015, perdurait encore, au moment du recours. Son état de santé ne lui permettait pas de poursuivre une activité professionnelle. Selon l'avis de son médecin traitant, sa capacité de travail restait nulle, pour preuve ses derniers arrêts de travail (feuilletts préimprimés usuels remplis mensuellement par le médecin), exempts de toute motivation, dont il produisait une copie. Il observe également que les autorités compétentes françaises, intervenant dans le cadre des accords bilatéraux, lui avaient accordé, en date du 5 octobre 2016, une pension d'invalidité à compter du 17 septembre 2015, considérant qu'il présentait un état d'invalidité de 2/3 au moins de sa capacité de travail. Force est de constater que cette décision ne lie pas l'OAI, mais surtout le document produit ne comporte aucune motivation sur le plan médical.

b. Ce n'est qu'au stade de sa réplique du 20 décembre 2016, que le recourant, pour la première fois, conteste formellement les écrits de l'assureur perte de gain maladie et de l'expert mandaté par ce dernier, le Dr G_____ : force est de constater que les critiques de détails qu'il formule par rapport au contenu des documents qu'il commente ne sont pas déterminants : ainsi en est-il de la note du médecin-conseil de la Zurich assurances : il s'agit d'une note téléphonique dans laquelle le médecin-conseil relève un certain nombre d'éléments reçus du médecin traitant, parmi lesquels l'information que le recourant avait une relation sentimentale apparemment stable et qui probablement était de nature à lui redonner un certain dynamisme, dans une période marquée par un état dépressif. Au-delà de ce renseignement général informatif, - et ceci même si l'expert l'a repris dans ses renseignements anamnestiques -, cet élément n'a pas, pour les médecins qui ont incidemment évoqué cette relation, l'importance ou le sens que veut y voir le recourant. Les compléments apportés par rapport aux études et/ou aux diplômes qu'il a obtenus n'ont aucune influence sur la problématique médicale et sur les conclusions de

A/3656/2016 - 22/25 - l'expertise en particulier, sauf à prétendre que l'expert n'aurait pas consigné avec toute la précision et les détails nécessaires et/ou souhaités par le recourant, des éléments qui, au final, n'influençaient pas l'appréciation médicale de son cas. Autre exemple : l'usage du conditionnel dans certains renseignements anamnestiques.

Contrairement à ce que semble penser le recourant, il est usuel qu'un rapport d'expertise énonçant des éléments anamnestiques utilise le conditionnel et ne doit pas être considéré comme l'expression d'un doute de la part de l'expert quant à l'authenticité de l'information donnée par l'expertisé ; pour ne prendre que ces exemples. c. C'est à ce stade qu'il a produit deux nouveaux rapports médicaux, l'un de son psychiatre traitant, du 19 décembre 2016, l'autre, du 18 décembre 2016 de son médecin traitant généraliste : - s'agissant du Dr C_____, ce dernier se réfère une nouvelle fois au pré-rapport de l'expert, et rappelle qu'il

l'avait déjà commenté et invité l'expert à reporter au 1er juin 2016 la reprise du travail à 100 %. Il regrette de ne pas avoir été entendu par l'expert, et observe que ce qu'il craignait, soit une rechute dépressive, s'était produit. Ainsi remarque-t-il que « lors de notre dernière séance de thérapie, j'ai trouvé mon patient nettement plus triste, ralenti, aboulie, encore plus fragile. Je partage cette impression clinique avec la Dresse E_____, qui est somaticienne. En effet le patient souffre de nouveau d'une baisse de l'élan vital, etc. » ; selon lui l'expert aurait sous-estimé la gravité de l'atteinte dépressive et la fragilité du patient lorsqu'il l'expertisait. Le psychiatre traitant affirme en conséquence n'être pas d'accord avec les observations et jugement de l'expert sur l'état de santé psychique du patient. Selon lui, l'expert décrit bien les symptômes, leur gravité, leur durée tels qu'ils sont mentionnés dans le CIM 10, mais il ne les corrobore pas à l'état du patient. Il est d'avis que s'il avait prolongé l'incapacité de travail, comme il l'avait proposé, on aurait « peut-être » - et il insiste sur ce terme - eu une plus grande chance de guérir totalement cet épisode dépressif sévère. Le fait d'avoir précipité la décision de reprise de travail a eu sur lui un effet néfaste et constitue la cause de sa rechute actuelle. En conclusion il affirme que « le patient est toujours inapte à travailler totalement, à 100 % depuis le 7 janvier 15, sans discontinuité. ». Il confirme le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32. 2) ; - s'agissant de la Dresse E_____, son rapport du 18 décembre 2016 ne saurait se voir reconnaître une valeur probante. Elle indique d'emblée donner plus de détails concernant son patient, afin de le soutenir dans sa démarche de recours suite au refus de l'assurance invalidité d'entrer en matière concernant une demande de rente déposée suite à une longue maladie. Elle rappelle que le recourant s'était présenté à sa consultation pour la première fois le 9 janvier 2015, « alors qu'il était déjà suivi par le Dr C_____ à qui il avait été adressé par un spécialiste pneumologue qui lui avait recommandé un suivi psychothérapeutique. ». Formellement il est vrai qu'elle a été consultée après le

A/3656/2016 - 23/25 - psychiatre traitant, mais en réalité, c'est quasiment simultanément qu'elle est intervenue. En effet, la première consultation psychiatrique remontait à deux jours avant (7 janvier 2015). Pour le reste elle n'apporte rien de déterminant ni de très nouveau qui ne ressorte déjà d'autres documents médicaux versés au dossier, contenant les renseignements anamnestiques qu'elle inventorie dans ce nouveau document : elle explique que durant les presque deux ans de suivi, après avoir procédé à un bilan somatique qui ne présentait rien qui puisse expliquer les symptômes physiques, et puisqu'il était suivi sur le plan psychiatrique, elle l'a essentiellement vu suite à des plaintes telles que troubles digestifs, respiratoires, cardiaques, fatigue générale, douleurs ostéo-articulaires et affections des voies respiratoires supérieures. À chaque consultation (souvent en urgence) il lui faisait part de symptômes plus liés à ses troubles de l'humeur (peur d'avoir quelque chose de grave). Vu son âge, elle avait tout de même demandé des consultations spécialisées gastro-entérologie (colonoscopie), cardiologique (test d'effort et échocardiographie), pneumologue (fonction respiratoire), et autres examens radiologiques et sanguins qui n'ont pas permis d'objectiver une cause somatique à son état. Elle mentionne des diagnostics de trouble dépressif récurrent ; épisode actuel moyen sévère avec troubles somatiques (ce qui ne fait que reprendre celui du psychiatre traitant, étant rappelé qu'elle n'est pas spécialiste en psychiatrie) ; tabagisme et consommation excessive d'alcool (tendance à l'augmentation) ; épaule gauche gelée, mais ne prétend à juste titre pas que ces diagnostics soient incapacitants, d'autant qu'ils ne sont guère étayés, et ne reposent en pratique que sur les plaintes du patient. Il faut aussi rappeler que, sollicitée à l'époque par l'intimé, elle avait rempli et signé un rapport médical le 17 novembre 2015. Or, dans ce rapport, elle ne posait

aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, renvoyant à cet égard au rapport du psychiatre. Par ailleurs, elle ne posait aucun diagnostic sans effet sur la capacité de travail : à la question spécifique sur le sujet, elle répondait : « nihil ». À toutes les questions posées, elle renvoyait au psychiatre traitant. En revanche, elle relève dans son certificat médical du 18 décembre 2016, que c'est le 15 décembre 2016 qu'elle a revu le patient et qu'elle a constaté qu'il était triste, angoissé. Ce qui corrobore les constatations du psychiatre qui, pour sa part évoque « la dernière séance de thérapie » et qui dit partager cette impression clinique avec le médecin traitant somaticien. Ainsi, on retiendra que c'est à mi-décembre 2016, que se situe la « rechute » que mentionnent conjointement ces deux médecins. Il convient à cet égard de relever que le psychiatre traitant se contredit, dans son rapport du 19 décembre 2016 : en effet, on ne saurait, d'un côté, alléguer que le patient souffrirait « de nouveau » d'une baisse de l'élan vital, adynamie, etc., évoquer la « rechute actuelle », et conclure comme le fait le psychiatre, que son patient « est toujours inapte à travailler totalement, à 100 % depuis le 7 janvier 2015, sans discontinuité », ce qui est également contradictoire avec

A/3656/2016 - 24/25 - l'amélioration très sensible (mais encore fragile selon lui), qu'il admettait au moment de l'expertise de mars 2016. Or, le Dr C_____, entendu par la chambre de céans, et confronté aux contradictions relevées par les juges, entre son courrier à l'expert du 11 avril 2016, et son rapport du 19 décembre 2016 au sujet de son appréciation quant aux conclusions de l'expert, il s'est à nouveau contredit : d'un côté, il explique que lorsqu'il a évoqué le risque, qui s'est concrétisé, d'une aggravation de l'état de santé de son patient, il indique qu'initialement la péjoration de l'état de santé a été réactionnelle à l'annonce par l'expert qui le considérait comme apte au travail et qu'il devrait dès lors recommencer sous peu. Mais immédiatement après, il dit être dans l'incapacité de dire quoi que ce soit de plus par rapport à l'état de santé actuel de son patient, pas plus que sur son évolution entre le moment de l'expertise et le moment où il a constaté une aggravation de son état décrite dans son rapport du 19 décembre 2016, se situant comme on l'a vu à mi-décembre 2016. On ne saurait donc reconnaître au rapport du psychiatre traitant du 19 décembre 2016 une pleine valeur probante, et en tout état il n'est pas de nature à remettre en cause la valeur probante reconnue au rapport de l'expert G_____. La chambre de céans retient donc une possible aggravation de l'état du recourant, ou en d'autres termes une rechute telle que décrite par ses médecins, à une époque postérieure à la décision entreprise. Il s'agit d'un fait postérieur à la décision entreprise. Or, en vertu des principes de jurisprudence rappelés précédemment, le juge des assurances sociales statue, dans la règle, en fonction de l'état de fait existant au moment où a été rendue la décision querellée. S'agissant donc d'une possible aggravation de l'état de santé postérieure à la décision de l'OAI du 4 octobre 2016, il incombe au recourant, s'il s'y croit fondé, de saisir l'intimé d'une nouvelle demande. La chambre des assurances sociales considère ainsi que l'on ne saurait faire grief à l'OAI d'avoir rejeté la demande de prestations, sur la base des éléments médicaux figurant au dossier, au moment où il a rendu sa décision. Comme mentionné précédemment, le fait que le rapport d'expertise complet du Dr G_____ (du 28 avril 2016) n'ait été porté à la connaissance de l'intimé, voire du recourant lui-même et de son psychiatre traitant, qu'au cours de la présente procédure n'y change rien, ce rapport ne venant que confirmer et renforcer les conclusions énoncées par l'expert dans son pré-rapport du 10 mars 2016, dont la valeur probante a été retenue par la chambre de céans.

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

E. 13

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/3656/2016 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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