

GE_GERICHTE ATAS/8/2012 vom 10. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_8_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/8/2012 du 10 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/8/2012 del 10 gennaio 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; RSG 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

A/1569/2011 - 8/14 -

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus aux art. 56ss LPGA, le recours est recevable. On relèvera en particulier que la qualité pour recourir de la Caisse n'est pas contestable au regard de l'art. 49 al. 4 LPGA et de la jurisprudence prévoyant que l'assureur LPP dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (ATF 129 V 73). En effet, l'art. 49 al. 4 LPGA dispose que l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré.

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente, plus particulièrement sur son degré d'invalidité.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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

mai 2003, consid. 2.2). 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 n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de 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 (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les

A/1569/2011 - 10/14 - références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

E. 7

En l'espèce, il est patent qu'aucun des rapports de la Dresse L_____ ne correspond aux critères retenus par le Tribunal fédéral pour se voir reconnaître une pleine valeur jurisprudentielle. Ces rapports sont en effet extrêmement brefs, et ne sont pas motivés. On notera de plus que les diagnostics posés par cette praticienne varient d'un rapport à l'autre. Elle a en effet évoqué une dépression récurrente grave avec syndrome psychotique dans son rapport du 15 juin 2009, alors que le diagnostic était celui d'état anxio-dépressif moyen dans son rapport du 25 juillet 2007 et de dépression sévère dans son rapport du 5 janvier 2010, sans mention d'un syndrome psychotique. S'agissant d'ailleurs de ce syndrome, la Dresse L_____ n'expose absolument pas sous quelle forme il est apparu, et on n'en voit pas d'ailleurs pas de manifestation dans les symptômes recensés par ce médecin. Quant au diagnostic de dépression récurrente grave, il sied de souligner que selon la CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM- 10), le trouble dépressif récurrent (F 33) se caractérise par la survenance répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode. Or, la Dresse L_____ ne fait pas état d'épisodes antérieurs à celui survenu en 2007, et indique que la maladie est apparue brutalement dans son rapport du 15 juin 2009. L'assuré n'a du reste pas non plus indiqué au Dr O_____ avoir souffert de tels troubles par le passé, ce qui permet déjà de douter de la pertinence de ce diagnostic en l'absence d'autres épisodes de même nature ou de périodes de rémission. On ne voit d'ailleurs pas sur quelles pièces se fonde le Dr N_____ dans son avis du 30 novembre 2010 pour retenir une rechute en mars 2008, et partant admettre la justesse du diagnostic de trouble dépressif récurrent. En effet, la Dresse L_____ a attesté d'une incapacité de travail totale dès août 2007 dans son courrier d'avril 2010. La reprise du travail annoncée dans un premier temps par ce médecin pour août 2007 n'a dès lors apparemment pas eu lieu. On notera encore au sujet de la date de survenance de la pathologie que les indications des médecins traitants paraissent également contradictoires. La Dresse L_____ a en effet noté dans son rapport de juin 2009 que c'est à la suite de l'hémorragie gastrique subie début 2008 par l'assuré que celui-ci s'était effondré psychiquement, alors qu'elle fait état d'une incapacité de travail totale depuis août 2007. Le Dr M_____ a quant à lui indiqué que l'incapacité de travail datait de janvier 2007. Par ailleurs, la psychiatre de l'assuré a indiqué lors de la demande de rapport de l'OAI en novembre 2009 que le dossier avait été transféré au Dr M_____, son généraliste. Cette information laisse à penser que la Dresse L_____

A/1569/2011 - 11/14 - n'était plus consultée par l'assuré durant cette période, indice qui permet également de remettre en cause la gravité des troubles diagnostiqués. Les rapports du Dr M_____ – qui n'est au demeurant pas spécialiste en psychiatrie – ne permettaient pas non plus à l'OAI de statuer sans examen complémentaire sur les atteintes de l'assuré. Ils sont en effet trop succincts et pas assez motivés pour satisfaire aux conditions de la jurisprudence en matière de valeur probante de rapports médicaux. On notera en outre que ce médecin a conclu à une incapacité de travail totale depuis janvier 2007 en raison des symptômes dépressifs dans son rapport daté du 7 janvier 2010. Le suivi psychiatrique de l'assuré n'ayant débuté qu'en juin 2007, on s'étonne de ce qu'une pathologie d'ordre psychique assez grave pour entraîner une incapacité totale de travail d'une durée conséquente n'ait pas nécessité un traitement par un spécialiste en psychiatrie avant six mois. En revanche, s'agissant du rapport du Dr O_____, il doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, puisqu'il remplit les exigences développées ci-dessus. En effet, il contient une anamnèse détaillée, relate les plaintes de l'assuré et repose sur l'étude de son dossier médical, complétée par un examen clinique et des tests

sanguins. De plus, les diagnostics de l'expert sont clairs et il a exposé pour quelles raisons il ne se ralliait pas aux constatations de ses confrères. Ses conclusions sont motivées de manière convaincante, et les rapports des médecins traitants de l'assuré ne suffisent pas à les remettre en cause, compte tenu des contradictions et imprécisions relevées ci-dessus. Quant aux critiques des médecins du SMR à l'égard du rapport du Dr O_____, elles tombent à faux. Ils reprochent notamment à celui-ci de ne pas avoir fait preuve de la retenue nécessaire dans son appréciation des rapports des autres médecins. D'un point de vue formel, un rapport d'expertise doit être rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis que l'expert exprime (ATF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.3). En l'occurrence, force est de constater que le rapport du Dr O_____ ne contient pas de tels propos, contrairement à ce qu'allègue le SMR. Le mandat de l'expert lui imposait en effet de prendre position sur les documents médicaux contenus dans le dossier de l'OAI, et d'expliquer en quoi ceux-ci n'emportaient pas son adhésion. C'est dans ce contexte qu'il a indiqué que les rapports de la Dresse L_____ n'étaient pas assez complets. La Cour de céans ne peut au demeurant que se rallier à son point de vue à cet égard, comme cela ressort des considérants ci-dessus. Ce faisant, le Dr O_____ n'a toutefois pas fait usage de termes dévalorisants à l'encontre de la Dresse L_____. Tout au plus s'est-il étonné de ce que ce médecin assure le suivi individuel de deux personnes de la même famille. Quant au qualificatif de "peu soigneux" pour le suivi administratif du dossier par le Dr

A/1569/2011 - 12/14 - N_____, on ne saurait pas non plus y voir une tournure inutilement polémique ou désobligeante. Il aurait en effet été utile que l'analyse et l'identité du psychiatre dont l'avis a été sollicité par le Dr N_____ figurent dans le dossier de l'OAI. Quant au fond, les critiques des médecins du SMR sont également sans pertinence. S'agissant du sentiment de culpabilité qu'ils déduisent des explications de l'assuré sur ses moyens financiers, il n'en reste pas moins que l'assuré n'a pas expressément manifesté de tel sentiment, ni auprès du Dr O_____, ni auprès de la Dresse L_____. La présence d'un tel sentiment n'est quoi qu'il en soit pas suffisante pour conclure à l'existence d'un état dépressif grave. Il est également erroné de considérer que l'expert ne s'est pas penché sur les manifestations principales de la dépression telles que la tristesse, la fatigue et l'anhédonie, puisqu'il a indiqué que l'assuré manifestait de la tristesse à l'évocation de l'escroquerie dont il était victime, mais pas lorsqu'il relatait d'autres épisodes de sa vie. Le diagnostic de trouble de l'adaptation retenu paraît d'autant plus convaincant que selon le rapport de l'assurance d'indemnités journalières versé au dossier et le rapport E213 rempli par le Dr M_____, l'état dépressif de l'assuré semble effectivement avoir été induit par l'escroquerie dont il a été victime. Quant au fait que l'expert n'ait pas pris contact avec la Dresse L_____, il y a lieu de rappeler que s'il s'agit-là d'un procédé permettant à l'expert d'accomplir sa tâche, une telle démarche ne constitue pas pour autant une condition sine qua non de la valeur probante d'une expertise (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in: Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1908). Enfin, contrairement à ce que considèrent les médecins du SMR, l'expert n'a pas "sous-entendu" de diagnostic d'alcoolisme mais simplement relevé qu'il était possible que la consommation de l'assuré soit supérieure à ce qu'il a annoncé, sans d'ailleurs tirer de cet élément de conclusions particulières pour son diagnostic. S'agissant de la date du début d'incapacité de

travail, si des indemnités journalières ont effectivement été versées à l'assuré dès janvier 2007, il faut rappeler que les informations fournies par la Dresse L _____ sur ce point sont loin d'être limpides, comme cela a été relevé ci-dessus. Il n'est ainsi pas arbitraire de considérer que c'est en juin 2007, début de la thérapie auprès de la Dresse L _____, qu'est survenue l'incapacité de travail transitoire de l'assuré en raison de ses symptômes dépressifs. Conformément à ce qui précède, la Cour de céans ne s'écartera pas des conclusions du Dr O _____, aux termes desquelles l'assuré n'a pas présenté d'incapacité de travail de longue durée dans sa profession habituelle. Le recours devant être admis pour ces motifs, l'examen des autres griefs de la Caisse s'avère superflu. Celle-ci alléguant une violation de son droit d'être entendu, il convient néanmoins de rappeler ce qui suit. Le devoir de motiver une décision découle du droit d'être entendu, et a pour but de permettre au justiciable de connaître les fondements de la décision afin de pouvoir la contester (ATF 135 V 65,

A/1569/2011 - 13/14 - consid. 2.4). Le droit d'être entendu est de nature formelle, et sa violation conduit à l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès au fond. En l'espèce, il est incontestable que la décision de l'OAI ne satisfait pas aux exigences élémentaires de motivation, puisqu'elle ne mentionne même pas l'expertise réalisée par le Dr O _____. Il n'est cependant pas nécessaire de renvoyer la cause à l'OAI, puisque selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu peut être considérée comme réparée lorsque l'intéressé a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours disposant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431, consid. 3d/aa). Tel est le cas en l'espèce, la Cour de céans jouissant d'un plein pouvoir d'examen.

E. 8

Eu égard aux considérants, le recours doit être admis. L'OAI, qui succombe, supporte l'émolument qui sera fixé à 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1569/2011 - 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.