

# **GE\_GERICHTE ATAS/969/2012 vom 16. August 2012**

GE Cour de justice, 2012-08-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_969\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_969_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/969/2012 du 16 août 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/969/2012 del 16 agosto 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 ; RS 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**

Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).

### **E. 3**

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle que soit leur provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Avant de conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il s'assurera que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et enfin que les conclusions sont dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertise ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale ordonnée par l'administration ou le juge, la tâche de l'expert étant

A/454/2010 - 9/13 - 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). Au sujet des rapports établis par les médecins traitant, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête. Toutefois le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et est produit pendant la procédure ne justifie pas en soi des doutes quant à sa valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd). Quant aux documents produits par le service médical d'un assureur étant partie au procès, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assureur

ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci. Dans de telles constellations, il convient toutefois de poser des exigences sévères à l'appréciation des preuves. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d ; arrêts du Tribunal fédéral I 143/07 du 14 septembre 2007 consid. 3.3 et 9C\_55/2008 du 26 mai 2008 consid. 4.2, concernant les cas où le service médical n'examine pas l'assuré mais se limite à apprécier la documentation médicale déjà versée au dossier). Le simple fait qu'un avis médical divergent – même émanant d'un spécialiste – ait été produit ne suffit toutefois pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Enfin, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a). En l'occurrence, la Chambre de céans n'a pas de raison de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire du Dr M\_\_\_\_\_ (et de ses compléments des 29 février et 25 avril 2012), lesquelles revêtent pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée. En effet, cette expertise répond en tous points au mandat d'expertise, contient une anamnèse complète et prend en compte les plaintes du recourant. Ses conclusions sont claires, cohérentes, exemptes de contradictions et motivées à satisfaction quant au diagnostic retenu et au taux de l'incapacité de travail – à savoir 100% dans toute profession, depuis février 2002 en tout cas. Certes, ce taux n'a pas fait l'objet, comme tel, d'une motivation spécifique. Sur ce point, l'appréciation de l'expert prend néanmoins appui sur un examen minutieux

A/454/2010 - 10/13 - des pièces médicales au dossier, ainsi que sur deux entretiens d'une heure avec l'expertisé, si bien que l'on est fondé à considérer que l'évaluation du taux d'incapacité n'a pas été émise à la légère. L'expert a en particulier expliqué que davantage que des plaintes alléguées (peu nombreuses), l'impact de la maladie sur le quotidien ressortait mieux des limitations retenues dans son rapport d'expertise (réponses n° 4 et 6), lesquelles correspondait au fonctionnement d'une personnalité souffrant d'un trouble schizotypique ; dans ce contexte, une mise en situation de travail créerait un stress que l'expertisé ne serait pas capable de gérer et provoquerait une décompensation aiguë. En outre, dans ses déterminations complémentaires des 29 février et 25 avril 2012, le Dr M\_\_\_\_\_ a répondu de manière convaincante aux critiques émises par le SMR et l'OAI. La réponse de l'expert à la question posée par le mandat d'expertise quant au degré de l'incapacité de travail apparaît comme « la quintessence logique » - et crédible en l'occurrence - du rapport d'expertise, notamment de sa partie consacrée à la discussion (cf. dans ce sens arrêt I 143/03 du 26 mai 2003, consid. 3.4, citant Alfred Bühler, Erwartungen des Richters an den Sachverständigen, PJA 1999 p. 573), dans laquelle l'expert relève par ailleurs que l'intéressé a perdu son autonomie économique « il y a au moins une vingtaine d'année » et qu'il a bénéficié d'une rente AI « durant 15 ans ». C'est le lieu de rappeler que la fixation de la gravité d'un trouble psychiatrique est, par essence, toujours le fruit de l'exercice du pouvoir d'appréciation (cf. arrêt 9C\_54/2009, consid. 3.2). Il s'ensuit que la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, comme le requiert le SMR, ne serait justifiée que dans l'hypothèse où des éléments objectivement vérifiables - et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise - auraient été ignorés par l'expert. Or, ni l'office intimé, ni le SMR n'ont avancé d'élément médical

objectif, ni d'argument convaincant, permettant de contredire le diagnostic et les conclusions du rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_, ou ses observations complémentaires ; le SMR n'a du reste pas véritablement contesté le diagnostic de trouble schizotique, respectivement son caractère totalement invalidant, se limitant pour l'essentiel à formuler des hypothèses d'ordre général ou à procéder par pétition de principe (cf. avis du 22 mars 2012, p. 2, ad points n° 6 et 8 ; du 21 mai 2012). A cet égard, tant l'OAI que le SMR semblent reprocher au Dr M\_\_\_\_\_ de s'être écarté des conclusions et considérations contenues dans le rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, lequel n'aurait pas fait preuve de « partialité lors de cette expertise » [cf. not. avis du SMR du 24 janvier 2012, p. 2 ; du 22 mars 2012, p. 2, § ad. question n° 5 ; du 21 mai 2012, selon lequel « l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ était parfaitement claire ! » (sic)] . On rappellera, toutefois, que, dans son arrêt du 24 août 2011 précité, le Tribunal fédéral avait, au contraire, précisément considéré que le rapport d'expertise du docteur L\_\_\_\_\_ était dénué de valeur probante suffisante au regard de plusieurs éléments disqualifiants. En particulier, les conclusions auxquelles ce dernier avait abouti ne résultaient pas d'une discussion générale, où auraient été intégrés, dans une analyse globale cohérente, les

A/454/2010 - 11/13 - renseignements issus du dossier, l'anamnèse, les indications subjectives et l'observation clinique ; en effet, Dr L\_\_\_\_\_ s'était contenté d'exposer les critères et caractéristiques d'un diagnostic donné et d'affirmer, sans procéder à une contextualisation, que l'assuré ne souffrait pas de ce trouble ; au surplus, à la lecture du rapport d'expertise, il se dégageait l'impression que la tâche de l'expert n'avait pas consisté en une présentation clinique, neutre et distanciée, du cas de l'expertisé. Il s'ensuit que, contrairement à ce que semblent admettre l'office intimé et le SMR, le Dr M\_\_\_\_\_ n'était nullement lié par le contenu et les conclusions du rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, ni, a fortiori, tenu d'expliquer pourquoi il s'en était écarté. Dans ce contexte, et contrairement à l'opinion du SMR (avis du 24 janvier 2012), il importe peu que l'expert ait émis un diagnostic différent de celui du psychiatre traitant (trouble schizotique au lieu de trouble dépressif récurrent). Du reste, non seulement ce dernier s'est, par la suite, montré moins catégorique sur ce point (n'excluant lui-même pas que son diagnostic n'ait pas été totalement « convenient » : cf. courrier du Dr O\_\_\_\_\_ du 2 mars 2010), mais encore, il a expressément évoqué, lors d'un entretien téléphonique du 29 novembre 2011 avec le Dr M\_\_\_\_\_, une problématique abandonnique allant précisément dans le sens d'un fonctionnement schizoïde ou anxieux-évitant. Au demeurant, comme l'a exposé de manière convaincante le Dr M\_\_\_\_\_, le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne reflétait qu'un aspect symptomatique dans le cas de l'expertisé, et non pas son dysfonctionnement profond. En tout état, on rappellera qu'en matière d'assurance-invalidité, les répercussions sur la capacité de travail d'une atteinte à la santé importent plus que la qualification de cette atteinte (cf. ATF 132 V 65 consid. 3.4). A noter encore que, contrairement à ce qu'a retenu le SMR dans son avis du 24 janvier 2012, l'expert a dûment pris en compte l'amélioration de l'état de santé de l'assuré après que celui-ci ait été mis au bénéfice d'une rente AI en février 2002 (rapport d'expertise, p. 17 ; complément du Dr M\_\_\_\_\_ du 29 février 2012, p. 2, § 5). Le Dr M\_\_\_\_\_ a toutefois estimé que le fonctionnement psychique de l'expertisé restait incompatible avec une réinsertion professionnelle. De plus, il est inexact d'affirmer que l'assuré avait un traitement médicamenteux lors de l'octroi de sa rente (avis du SMR du 22 mars 2012), puisque ce dernier ne bénéficiait alors que de séances de psychothérapie (cf. rapport du Dr O\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2000). Les considérations du SMR relatives à l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage apparaissent ainsi

hors de propos. Enfin, les considérations du SMR relatives au prétendu défaut de partialité du Dr M\_\_\_\_\_ (cf. avis du 21 mai 2012) apparaissent difficilement compréhensibles, voire contradictoires. Au reste, l'appréciation d'un expert comporte inévitablement une composante subjective propre à l'institution expertale (cf. arrêt 9C\_876/2010 du 19 mai 2011, consid. 2.3.1), comme l'a rappelé à juste

A/454/2010 - 12/13 - titre le Dr M\_\_\_\_\_ dans ses déterminations du 25 avril 2012. Partant, en tant que les critiques portent sur la valeur probante de l'expertise, elles doivent être écartées.

#### **E. 4**

Partant, force est de constater que, depuis la décision de l'OAI du 1er février 2002, l'état de santé de l'assuré ne s'est pas amélioré au point de recouvrer une capacité de travail.

#### **E. 5**

Eu égard aux considérants qui précèdent, le recours doit être admis et la décision entreprise annulée. Le droit du recourant à percevoir une rente d'invalidité entière doit être maintenu.

#### **E. 6**

Obtenant gain de cause, le recourant, représenté par l'APAS, a droit à l'allocation de dépens, fixés en l'espèce à 3'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; ATF 122 V 278, consid. 3e/aa).

#### **E. 7**

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 1'000 fr. (tenant compte des frais de l'expertise mise en œuvre) est mis à la charge de l'office intimé, qui succombe.

A/454/2010 - 13/13 - 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.