REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4068/2006 **ATAS/409/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 17 avril 2007

En la cause

CAISSE DE PENSION GASTROSOCIAL, sise Bahnhofstrasse 86 AARAU	Recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, 1203 GENEVE	intimé
et	
Monsieur M_____, domicilié , 1202 GENEVE, comparant par Me Daniel MEYER en l'étude duquel il élit domicile	appelé en cause

Siégeant **Isabelle DUBOIS, Présidente, Florence BRUTSCH et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né le 1963, originaire du KOSOVO (ci-après : l'assuré), a déposé une demande de prestations d'assurance auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) en date du 29 mars 2004.

2. Employé comme portier d'étage par l'Hôtel X_____, il a cessé son activité le 6 février 2002 en raison des suites d'un accident de la circulation dont il a été victime ce jour-là.

3. Le Dr A_____, médecin de permanence consulté le jour même de l'accident, a constaté chez l'assuré des douleurs cervicales post-traumatiques et diagnostiqué des cervicalgies post-traumatiques, ce qui a amené le médecin-traitant de l'assuré, le Dr B_____, à constater dès cette date une incapacité totale de travail.

4. Le 5 juin 2002, le Dr C_____, nouveau médecin-traitant, a diagnostiqué une contusion crânio-cervicale et confirmé l'incapacité totale de travail.

5. L'assuré a été licencié par son employeur le 9 août 2002 avec effet à fin octobre 2002.

6. Le 20 août 2002, le Dr D_____, chirugien et expert mandaté par l'assureur-accidents, a diagnostiqué un traumatisme crânio-cérébral et une commotion cérébrale, un syndrome post-commotionnel et un probable état dépressif réactionnel. Il a considéré que l'aspect dépressif était au premier plan et nécessitait un soutien thérapeutique et un traitement médicamenteux. L'incapacité de travail entière était à son avis justifiée et le pronostic était réservé.

7. Dans son rapport du 23 octobre 2002, la Dresse E_____, neurologue, a diagnostiqué un whiplash syndrome avec état lipothymique. Les plaintes de l'assuré consistaient en céphalées et cervicalgies hautes avec douleurs dans la région occipitale haute. L'IRM pratiquée le 13 septembre 2002 mettait en évidence une protrusion discale paramédiane foraminale interne au niveau C5-C6, mais pas dans la région cervicale haute ni au niveau de la charnière occipo-cervicale. Par ailleurs, aucune lésion traumatique osseuse ou musculo-ligamentaire n'était visible (rapport du 21 septembre 2002 du Dr F_____, radiologue).

8. Le 15 novembre 2002, le Dr C_____ a complété son premier diagnostic par une symptomatologie neurovégétative et dépressive chez l'assuré. L'incapacité de travail demeurait totale.

9. Dans une expertise du 26 mai 2003 pour le compte de l'assureur-accidents, le Dr G_____, psychiatre, a diagnostiqué un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère et un trouble somatoforme indifférencié avec majoration des symptômes. Selon lui, l'assuré avait probablement présenté une réaction de stress

aiguë suite à son accident, évoluant en général favorablement en quelques semaines. Cet épisode semblait toutefois avoir été un facteur précipitant l'assuré vers un processus dépressif lié à un litige avec son employeur. L'expert a constaté une incapacité de travail inférieur à 70% dans toute activité compte tenu de l'état dépressif. Il a relevé une importante discordance entre les affirmations de l'assuré et l'observation objective lorsque l'assuré ne se croyait pas observé et une très mauvaise observance du traitement médical.

10. En date du 20 avril 2004, le Dr H_____, psychiatre-traitant de l'assuré depuis février 2004 à raison d'une consultation hebdomadaire, a diagnostiqué une psychose non organique sans précision (F 29) et un trouble dépressif récurrent à l'épisode actuel sévère, avec hallucinations auditives, persécution et idées délirantes. Le psychiatre notait que depuis peu les céphalées lancinantes s'atténuaient. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.

11. Vu la discordance entre l'expertise du Dr G_____ et l'avis du Dr H_____, le Dr I_____, du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a proposé le 11 mars 2005 un complément d'expertise au Dr G_____.

12. A la demande de l'expert précité, le Dr H_____ lui a remis un rapport daté du 15 juillet 2005 par lequel il a exposé que son patient passait son temps à éviter tout stimuli ce qui entraînait une dysrythmie sévère. L'architecture des mouvements de veille et de sommeil était rythmée par des cauchemars lancinants à thème de mort et l'isolement social de l'assuré s'apparentait à une exclusion. Les résultats de 18 mois de traitement hebdomadaire étaient maigres mais son patient ne se plaignait plus continuellement de douleurs cervicales fulgurantes et il avait moins peur des gens. Il avait pu accompagner sa famille en vacances au Kosovo en 2005, ce qui avait échoué l'année précédente. Tout essai de réduction des neuroleptiques entraînait cependant des résurgences anxieuses insupportables. La capacité de travail était toujours inexistante.

13. Le complément d'expertise du 9 septembre 2005 du Dr G_____ a mis en évidence la persistance de l'état dépressif, qui paraissait s'être aggravé. Le diagnostic était un état dépressif majeur sévère avec éventuels symptômes psychotiques atypiques. Le comportement de l'assuré était de plus en plus régressif, avec prostration. L'expert a rejoint l'avis du Dr H_____ pour considérer la capacité de travail comme inexistante. Les mesures médicales avaient été, à son avis, entreprises, mais il pouvait exister une indication pour l'augmentation des doses ou la modification des médicaments. L'expert a estimé qu'une réévaluation régulière de la situation s'imposait en raison du jeune âge de l'assuré. Les autres constatations de l'expert seront examinées en tant que de besoin dans la partie en droit.

14. Le 14 octobre 2005, le Dr I_____ du SMR a considéré, au vu du rapport précité, que l'assuré présentait toujours un état dépressif sévère qui s'était amplifié avec une aboulie, un comportement régressif et des éléments pouvant suggérer des symptômes psychotiques. Il a ainsi reconnu une affection psychiatrique invalidante justifiant une incapacité de travail entière dès le 15 juillet 2002.

15. Par décision du 27 octobre 2005, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière dès le 15 juillet 2003, constatant l'incapacité totale de travail sur la base du rapport d'expert du Dr G_____ et de l'avis du SMR précité.

16. Le 2 juin 2006, l'OCAI a rendu une nouvelle décision portant sur le calcul et le montant de la rente entière notifiée uniquement à l'assuré.

17. Par mémoire du 22 juin 2006, GASTROSOCIAL a fait opposition contre la décision du 2 juin 2006, a demandé son annulation, au motif qu'aucune rente ne devait être accordée à l'assuré, car un emploi adapté pouvait être envisagé pour ce dernier dans la mesure où, d'un point de vue médical, une incapacité de travail totale n'était pas justifiée. Elle soutenait plus précisément que l'assuré simulait considérablement son invalidité.

18. Par décision du 28 septembre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition susmentionnée et confirmé sa décision antérieure. Il a considéré que l'expertise du Dr G_____, sur laquelle il avait fondé sa décision, avait pleine valeur probante et confirmait les divers autres avis médicaux à disposition, de sorte qu'une nouvelle expertise était superflue.

19. En date du 3 novembre 2006, la caisse de pension a interjeté recours contre cette décision au Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le Tribunal). Dans son écriture complémentaire du 22 novembre 2006, elle a exposé que les faits n'avaient pas été suffisamment instruits, que la maxime inquisitoire avait été violée et la loi appliquée de manière inadéquate. Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OCAI pour investigations complémentaires et nouvelle décision. Ses arguments seront examinés dans la mesure indiquée dans la partie en droit.

20. Par réponse du 29 novembre 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition.

21. Par ordonnance du 8 décembre 2006, le Tribunal a appelé en cause Monsieur M_____ (ci-après : l'appelé en cause).

22. Par écritures du 22 janvier 2007, transmises aux autres parties, l'appelé en cause a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, relevant que l'OCAI avait valablement instruit son dossier médical, rendant de nouvelles investigations superflues.

23. En date du 24 janvier 2007, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe général de droit transitoire, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, une rente entière à l'assuré a été octroyée dès le 1er juillet 2003 par décision du 2 juin 2006, confirmée sur opposition le 28 septembre 2006, de sorte que sur le plan matériel la LPGA est applicable à la présente cause, de même que les dispositions de la LAI en vigueur à ce moment-là.

3. En ce qui concerne la qualité pour agir de la recourante, non contestée, elle se fonde sur l'art. 76 al. 1 let. 1 RAI, remplacé dès le 1er juillet 2006 par l'art. 73bis al. 2 let. f RAI.

4. Interjeté dans les formes prévues le 3 novembre 2006 contre la décision sur opposition du 28 septembre 2006, reçue le 4 octobre 2006 par la recourante, le présent recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

5. La recourante conteste l'octroi par l'OCAI d'une pleine rente à l'appelé en cause dès le 1er juillet 2003, et plus particulièrement la valeur probante des pièces médicales fondant la décision de l'administration.

6. 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'appelé en cause 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).

7. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins.

8. Conformément à l'art. 26 al. 1 LPP, les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (art. 29 LAI) s'appliquent par analogie à la naissance du droit aux prestations d'invalidité. L'institution de prévoyance est liée à certaines conditions par l'estimation de l'invalidité des organes de l'assurance-invalidité notamment pour la fixation du degré d'invalidité. Selon le Tribunal fédéral, la force contraignante des constatations juridiquement déterminantes du droit de l'assurance-invalidité à l'égard de l'institution de prévoyance existe lorsque celle-ci est attirée dans la procédure administrative (ATF 129 V 73) (art. 73bis RAI jusqu'au 31 décembre 2002, puis art. 76 al. 1 let. i RAI jusqu'au 30 juin 2006; dès cette date, pour la procédure de préavis les art. 57a LAI et 73bis al. 2 let. f RAI entrés en vigueur au 1er juillet 2006; RO 2006 2003 et 2007).

9. 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 grande importance dans ce contexte. La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, que ce 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). En ce qui concerne un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, l'on peut et doit attendre de lui notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

10. En l'espèce, le Dr G_____ s'est prononcé à deux reprises sur le cas de l'appelé en cause. En mai 2003, à la demande de l'assureur-accidents, il a estimé que l'appelé en cause présentait une sursimulation des symptômes en raison d'une importante discordance entre les affirmations de l'appelé en cause et l'observation objective, ainsi qu'une mauvaise observance du traitement médical. Il a cependant retenu que l'appelé en cause avait probablement présenté une réaction de stress aiguë suite à son accident, qui pouvait être vue comme un facteur qui avait précipité l'appelé en cause vers un processus dépressif, à son avis lié à un litige avec son employeur. L'état dépressif majeur était alors de degré moyen à sévère.

    Dans son complément d'expertise en septembre 2005, cet expert a mis en évidence la persistance de l'état dépressif, épisode sévère, avec éventuels symptômes psychotiques atypiques, ce qui démontrait à son avis une aggravation de l'état de santé psychique de l'appelé en cause. Il décrit ce dernier comme présentant un sentiment d'insuffisance et d'inutilité, un vécu presque paranoïde, des hallucinations "auditives" atypiques, une baisse majeure de l'élan vital, de la motivation, de l'intérêt pour les activités quotidiennes, sociales et familiales. L'expert indique que l'appelé en cause se sent irritable, anxieux face à tout stimuli et oppressé par le regard d'autrui qu'il ressent de manière paranoïde. Cette seconde expertise, qui se fonde sur un examen complet, prend en considération les plaintes exprimées par l'appelé en cause et a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du contexte médical, rejoint celle du Dr H_____ qui suit l'appelé en cause hebdomadairement depuis février 2004. L'expert n'y fait plus mention d'une simulation ou exagération des symptômes par l'appelé en cause. Quant à une mauvaise observance du traitement, les taux mesurés chez l'appelé en cause sont faibles pour le Deroxat, mais compatible pour le Solian. Cette observance, non encore optimale certes, s'est toutefois améliorée. On peut dès lors en conclure que l'appelé en cause suit à satisfaction son traitement thérapeutique voire médicamenteux, ce dernier devant être considéré comme adéquat bien que des ajustements soient envisageables selon l'expert. Malgré cela, les résultats restent "maigres" pour l'heure. Le fait que l'appelé en cause ait pu accompagner sa famille pour des vacances au Kosovo en 2005 doit être considéré comme un signe positif, dans la mesure où en 2004 l'appelé en cause avait pris impulsivement un ticket pour ce pays et en était revenu trois jours plus tard, selon son psychiatre-traitant. On ne saurait cependant en déduire, contrairement à la recourante, qu'il s'agit-là d'un élément suffisant pour s'écarter des conclusions de l'expert et du médecin précité.

    Force est ainsi de constater que tant l'expertise du Dr G_____ que les rapports médicaux du Dr H_____ présentent une pleine valeur probante. Ils sont pleinement concordants tant en ce qui concerne le diagnostic que ses conséquences sur la capacité de travail de l'appelé en cause, inexistante en l'état, et sans conteste suffisants pour statuer sur le droit à la rente de l'appelé en cause. Cette évaluation a par ailleurs été confirmée par le SMR. C'est ainsi à bon droit que

l'intimé s'est fondé sur ces avis pour reconnaître à l'appelé en cause une pleine rente d'invalidité.

Cela étant, comme le précise l'expert et le SMR, la situation de l'appelé en cause est potentiellement évolutive et une nouvelle évaluation devra être entreprise par l'intimé dans un délai raisonnable.

11. Vu ce qui précède, la décision de l'intimé a été prise sur la base d'un dossier médical bien instruit mettant en évidence des conclusions concordantes. Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner des investigations complémentaires, comme le requiert la recourante.

12. Le recours sera par conséquent rejeté.

******

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3 Met l'émolument, fixé à 500 fr. à la charge de GASTROSOCIAL Caisse de pension.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

Le greffier : La présidente

Pierre RIES Isabelle DUBOIS

La secrétaire-juriste :

Sandrine TORNARE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le