

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4956/2007

ATAS/195/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 12 février 2008

En la cause

Monsieur P _____, domicilié à BERNEX

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur P_____, a déposé le 3 avril 2006, une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'une rente.

L'assuré travaillait comme typographe au service de l'entreprise X_____ SA depuis le 19 mai 1970. Il a été licencié le 31 octobre 2005 en raison de son état de santé.

2. Dans un rapport du 9 mai 2006, le Dr A_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué que son patient souffrait d'un épisode dépressif moyen depuis début 2005 et de lombalgies chroniques depuis 2000, avec une aggravation en 2005. Il a précisé qu'il était triste, lent, contré sur lui-même, qu'il se sentait dévalorisé et inutile, qu'il montrait de la morosité vis-à-vis de l'avenir, qu'il subissait une baisse de l'élan vital et une diminution de la concentration et de l'attention, qu'il présentait un manque de confiance en soi, de la fatigue et une libido diminuée. Il a fixé le taux d'incapacité de travail à 100%.

3. Le 28 juin 2006, le Dr B_____, généraliste, a posé les diagnostics suivants:

- status après infarctus aigu du myocarde inféro-latéral et maladie coronarienne de la marginale droite circonflexe après PTCA depuis le 22 avril 1991,
- hyperplasie prostatique irritative depuis février 2000,
- insuffisance artérielle des membres inférieurs et status post-angioplastie iliaque gauche depuis février 2002.

Il a précisé que l'assuré avait déjà présenté un état dépressivo-anxieux en avril 1997 lors d'un premier licenciement dû à la faillite de l'entreprise et avait souffert d'une récurrence brutale à l'annonce de son licenciement le 1^{er} février 2005. Il a considéré que l'assuré était incapable de travailler à 100% depuis cette date.

4. L'OCAI a mandaté le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, pour expertise. Celui-ci a établi un rapport le 9 juillet 2007. Il en ressort que l'assuré ne souffre pas d'un trouble psychique suffisamment marqué, susceptible d'agir sur l'activité exercée jusqu'ici, qu'il peut dès lors travailler à plein temps comme typographe, sans ralentissement psychomoteur, sans trouble de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Le Dr C_____ a relevé que malgré les symptômes disparates qu'il présente, l'assuré est capable de s'adapter à son environnement. Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'est envisageable vu l'absence de motivation, bien que des mesures de rééducation dans la même profession seraient à même de le rendre compétitif dans son domaine d'activité, étant toutefois précisé que cette perte de compétitivité (absence de connaissances récentes dans le domaine de l'imprimerie informatique) n'était pas consécutive à un handicap psychiatrique.

L'expert a également relevé que depuis son arrêt de travail en juin 2005, l'assuré avait été à même de mener à bien les tâches de la vie quotidienne, le travail administratif et la préparations des repas, quoiqu'avec plus de difficulté. Il a pour ce motif écarté le diagnostic d'épisode dépressif moyen totalement incapacitant posé par le Dr A_____. L'épisode dépressif moyen avait duré de juin 2005 à fin septembre 2006, sans être à l'origine d'une limitation de l'activité professionnelle. Il n'a pas non plus retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation évoqué par le Dr B_____, le fait que l'assuré se soit senti bafoué, maltraité et humilié à cause de mobbing ne suffisant pas à ce égard.

5. Le 4 octobre 2007, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision selon lequel sa demande de prestations AI était rejetée.
6. Par courrier du 16 octobre 2007, le Dr A_____ s'est adressé à l'OCAI comme suit :

"il est vrai que l'assuré ne souffre pas d'une grave maladie. J'ai toutefois l'impression que lors de votre décision du 4 octobre 2007, basée probablement sur l'expertise du Dr C_____, il n'a pas été tenu compte de tous les problèmes de santé de *l'assuré* et de la fragilité générale que cela implique. Même si pris séparément les problèmes de santé peuvent paraître légers ou en tout cas pas très graves, son ensemble revêt une importance considérable".
7. Le 26 octobre 2007, l'assuré a contesté le projet de décision. Il souhaiterait être soumis à un nouvel examen par un autre médecin expert.
8. Par décision du 16 novembre 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision.
9. L'assuré a interjeté recours le 14 décembre 2007 contre ladite décision.
10. Dans sa réponse du 23 janvier 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours.
11. Par courrier du 5 février 2008, l'assuré fait valoir que son état de santé et son âge constituent pour lui un handicap sérieux.
12. Sur ce, la cause gardée à juger.

EN DROIT

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'article 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 fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 16 novembre 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2005, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre l'assuré sont invalidantes et lui ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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.
6. L'invalidité est une notion économique et non médicale; ce ne sont donc pas les critères médico-théoriques qui sont déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).
7. 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).

8. 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, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

9. En l'espèce, l'OCAI a nié tout droit aux prestations à l'assuré sur la base de l'expertise réalisée par le Dr C_____ le 9 juillet 2007. Celui-ci a en effet constaté que l'assuré ne souffrait d'aucun trouble psychique suffisamment marqué, et qu'il pouvait dès lors travailler à plein temps comme typographe, sans ralentissement psychomoteur, sans trouble de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Dans la mesure où la décision de l'intimé est fondée essentiellement sur le rapport d'expertise, il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de celle-ci.

Le Tribunal de céans considère que le rapport du Dr C_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale. Il y a en effet lieu de constater que l'expertise est complète, qu'elle a été établie en pleine connaissance du dossier, qu'elle comporte une anamnèse détaillée, qu'elle prend en compte les plaintes de l'assuré et pose des diagnostics précis et enfin, que ses conclusions sont bien motivées.

10. Il convient ensuite d'examiner si les éléments médicaux du dossier, notamment les rapports et courriers des Drs B_____ et A_____ sont de nature à remettre en cause les conclusions du Dr C_____, étant préalablement rappelé que 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.

Tel n'est pas le cas. Le Dr A_____ admet du reste expressément que son patient ne souffre en réalité pas d'une grave maladie, mais que l'accumulation de problèmes en soi relativement légers finit par amener des conséquences importantes sur la capacité de travail.

C'est dès lors à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de 100%, conformément aux conclusions du Dr C_____ et a, partant, refusé la prise en charge de prestations AI. Aussi le recours, mal fondé, doit-il être 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 un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
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.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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