Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales
du Tribunal fédéral

Cause {T 7}
I 404/05

Arrêt du 19 septembre 2006
IVe Chambre

Composition
MM. les Juges Ferrari, Président, Meyer et Boinay, suppléant. Greffière : Mme Gehring

Parties
Pensionskasse der X._____, recourante, représentée par Me Christian Lenz, Etude LT Lenz Thiébaud, boulevard Helvétique 36, 1207 Genève,

contre

Office cantonal AI Genève, 97, rue de Lyon, 1203 Genève, intimé,

concernant P._____, agissant par CARITAS Genève, Service juridique, rue de Carouge 53, 1205 Genève

Instance précédente
Tribunal cantonal des assurances sociales, Genève

(Jugement du 3 mai 2005)

Faits:
A.
P._____, né en 1942, a travaillé depuis 1970 en qualité de technicien en téléphonie au service de X._____. En tant que tel, il était assuré au titre de la prévoyance professionnelle auprès de la « Pensionskasse der X._____ » (ci-après : la Caisse de pension). A l'annonce au cours du mois d'août 2001 de son licenciement consécutivement à une restructuration d'entreprise, il a cessé toute activité lucrative. Le 20 mars suivant, il a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.

Procédant à l'instruction du dossier, l'Office cantonal AI de Genève (ci-après : l'Office AI) a recueilli l'avis des médecins traitants consultés successivement par l'assuré. Selon un rapport du 3 mai 2002 de la doctoresse B._____, celui-ci souffre d'un état dépressif entraînant depuis le mois d'août 2001, une incapacité totale de travail de durée indéterminée; malgré le suivi d'une psychothérapie de soutien, une guérison à court terme s'avère improbable. De son côté, le docteur T._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) diagnostique une dépression majeure réactionnelle à l'annonce du licenciement de l'assuré entraînant une incapacité totale de travail depuis le 27 août 2001; il précise ne constater aucune rémission satisfaisante de l'état dépressif certes profond, mais néanmoins susceptible de s'améliorer (rapport du 26 juin 2002). Le 6 décembre 2002, le docteur R._____ (spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) pose quant à lui le diagnostic de trouble de l'adaptation avec humeur dépressive et précise que des particularités comportementales de nature socio-culturelle influencent grandement cette affection. Il constate une incapacité corrélative de travail de 50 % depuis le 21 janvier 2002 jusqu'au 1er
mars suivant.

Poursuivant l'instruction de la cause, l'Office AI a confié un mandat d'expertise psychiatrique au docteur A._____. Dans un rapport du 18 août 2003, celui-ci diagnostique un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) et considère l'exercice d'une activité lucrative ne requérant pas l'apprentissage de techniques ou compétences nouvelles raisonnablement exigible à 50 %; en revanche, il estime qu'au cours de l'année suivant l'annonce de son licenciement, l'assuré a souffert d'un état dépressif particulièrement sévère ayant entraîné une incapacité totale de travail. Dans un rapport du 18 septembre 2003, le Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen ayant entraîné une incapacité de travail de 100 puis de 50 % à partir du mois d'août 2001, respectivement du 1er mars 2003.

Se fondant essentiellement sur les conclusions des docteurs A._____ et C._____, l'Office AI, par deux décisions du 10 décembre 2003, a mis P._____ au bénéfice d'une rente entière dès le 1er août 2002 jusqu'au 28 février 2003, puis d'une demi-rente à partir du 1er mars 2003. La caisse de pension a formé opposition contre les décisions de l'Office AI dont elle a requis l'annulation en concluant principalement au rejet de la demande, au motif que l'assuré ne présente pas un degré d'invalidité ouvrant droit aux prestations. A l'appui de ses conclusions, elle s'est fondée sur l'avis du docteur L._____ (spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie), selon lequel le rapport d'expertise du docteur A._____ serait dépourvu de toute valeur probante (cf. rapports des 12 janvier et 28 mai 2004). Par décision sur opposition du 28 juin 2004, l'Office AI a confirmé ses décisions initiales, en précisant que la mise en oeuvre de mesures de réadaptation professionnelle n'était pas indiquée.
B.
Par jugement du 3 mai 2005, le Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève a rejeté le recours formé par la Caisse de pension contre la décision sur opposition.
C.
La Caisse de pension interjette recours de droit administratif contre ce jugement dont elle requiert l'annulation, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement au rejet de la demande, éventuellement à l'octroi de mesures de réadaptation et au versement d'indemnités journalières.

L'Office AI et P._____ concluent au rejet du recours, tandis que l'Office fédéral des assurances sociales a renoncé à se déterminer.

Considérant en droit:
1.
Dans un premier moyen, la recourante se prévaut d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que les premiers juges n'ont pas suffisamment discuté les arguments qu'elle a invoqués en procédure cantonale. D'ordre formel, ce grief, s'il est accueilli, est de nature à fonder le renvoi de la cause à l'autorité cantonale sans examen du litige sur le fond, de sorte qu'il convient de l'examiner en premier lieu (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2B, 124 V 92 consid. 2 et les arrêts cités).

L'obligation pour les juridictions cantonales de motiver les jugements rendus en matière d'assurance sociale est expressément prévue par l'art. 61 let. h LPGA, depuis le 1er janvier 2003. Elle était fondée précédemment sur les art. 35 al. 1 et 61 al. 2 PA (applicables par le renvoi de l'art. 1er al. 3 PA), ainsi que, dans le domaine de l'AI, sur les anciens articles 69 LAI et 85 al. 2 let. g LAVS. La même exigence de motivation découle par ailleurs du droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (consid. 3.1 de l'ATF 129 V 196 publié in : SVR 2003 AHV no 17 p. 45). Cela étant, si le juge des assurances sociales doit motiver ses décisions, il n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties; il peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus pour pertinents. Il suffit, de ce point de vue, que les parties puissent se rendre compte de la portée de la décision prise à leur égard et, le cas échéant, recourir contre celle-ci en connaissance de cause (ATF 129 V cité; voir également ATF 124 V 181 consid. 1a; 124 II 149 consid. 2a). En l'occurrence, il est vrai que les premiers juges n'ont pas traité de manière exhaustive les arguments soulevés par la
recourante. Cependant, ils ont clairement exposé les motifs pertinents de leur jugement. En particulier, ils ont indiqué les raisons pour lesquelles ils avaient préféré l'avis de l'expert à celui du docteur L._____. Il con-

vient par conséquent de rejeter ce grief et d'entrer en matière sur le fond du litige.
2.
Le jugement entrepris porte sur des prestations de l'assurance-invalidité. Selon l'art. 132 al. 1 OJ dans sa version selon le ch. III de la loi fédérale du 16 décembre 2005 portant modification de la LAI (en vigueur depuis le 1er juillet 2006), dans une procédure concernant l'octroi ou le refus de prestations d'assurance, le Tribunal fédéral des assurances peut aussi examiner l'inopportunité de la décision attaquée et n'est pas lié par la constatation de l'état de fait de l'autorité cantonale de recours. En vertu de l'art. 132 al. 2 OJ, ces dérogations ne sont cependant pas applicables lorsque la décision qui fait l'objet d'un recours concerne les prestations de l'assurance-invalidité. Selon le ch. II let. c de la loi fédérale du 16 décembre 2005, l'ancien droit s'applique aux recours pendants devant le Tribunal fédéral des assurances au moment de l'entrée en vigueur de la modification. Dès lors que le recours qui est soumis au Tribunal fédéral des assurances était pendant devant lui au 1er juillet 2006, son pouvoir d'examen résulte de l'ancien art. 132 OJ, dont la teneur correspond à celle du nouvel al. 1.
3.
Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2). Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi (ATF 130 V 455 et les références; voir également ATF 130 V 329). En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4), de sorte que l'on peut renvoyer au jugement entrepris sur ce point.
Au reste, les premiers juges ont exposé correctement les dispositions légales et les principes jurisprudentiels applicables à la notion d'invalidité, en particulier en cas d'atteinte à la santé psychique, de même que ceux régissant l'incidence en la matière des facteurs psychosociaux ou socioculturels, l'instruction de la cause ainsi que la valeur probante des expertises et rapports médicaux, de sorte que l'on peut renvoyer au jugement entrepris sur ces points également.
4.
Se fondant sur les rapports des docteurs A._____ et C._____, l'Office AI et la juridiction cantonale ont retenu que l'assuré souffrait d'une dépression durable et réactionnelle à l'annonce de son licenciement ayant entraîné une incapacité de travail totale dès le 27 août 2001 et partielle (50 %) depuis le 1er mars 2003. Soulignant le fait que conformément à l'obligation qui lui incombe d'atténuer le mieux possible les conséquences de l'invalidité, il se soumettait aux traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques préconisés, ils ont confirmé son droit à une rente entière dès le 1er août 2002, puis à une demi-rente depuis le 1er mars 2003. Dès lors que la capacité de travail de l'intéressé est en principe sujette à amélioration, ils ont toutefois recommandé de procéder à court terme à la révision du droit aux prestations.

De son côté, la recourante conteste la valeur probante du rapport d'expertise au motif qu'il ne répondrait pas aux critères posés en la matière par la jurisprudence. En particulier, elle reproche à l'expert de n'avoir pas procédé à une analyse critique des plaintes de l'assuré et de n'avoir recueilli aucune information relative à son comportement hors consultation médicale. En outre, elle lui fait grief de n'avoir pas indiqué les éléments sur lesquels il s'était fondé pour admettre l'existence d'une dépression moyenne. Se fondant sur l'avis du docteur L._____, elle soutient que l'incapacité de travail de l'assuré ressortit essentiellement de facteurs socioculturels qui ne revêtent pas de caractère invalidant au sens de la loi. Elle ajoute que le droit à la rente de l'assuré est d'autant moins fondé qu'il n'a pas suivi tous les traitements exigibles de lui et que ce faisant il n'a pas épuisé tous les traitements médicaux susceptibles d'améliorer son état de santé, respectivement sa capacité de gain.
5.
5.1 Dans son rapport, l'expert constate que l'assuré présente, à la suite de son licenciement, un épisode dépressif marqué par l'accablement moral, le pessimisme, le découragement, une anhédonie sévère, un sentiment d'inutilité, une perte de l'estime de soi (effondrement narcissique), des troubles mnésiques et de la concentration, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur important; les idées suicidaires dont il était assailli une année

auparavant ont certes disparu; toutefois, il subsiste une anxiété forte et caractérisée par une anticipation catastrophique de l'avenir. De nature réactionnelle, la dépression a résisté aux traitements administrés jusqu'à ce jour. Elle dure depuis deux ans et malgré une discrète amélioration, elle demeure partiellement invalidante. Sur la base de ces constatations, le docteur A._____ diagnostique un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) en regard duquel l'exercice à 50 % d'une activité lucrative ne requérant pas l'apprentissage de techniques ou compétences nouvelles est raisonnablement exigible de l'assuré. L'expert indique en revanche qu'à l'annonce de son licenciement, l'intéressé a subi une incapacité totale de travail compte tenu d'un état dépressif particulièrement sévère.
Il précise enfin que moyennant le suivi de traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques spécifiques, une amélioration de la capacité de travail peut être espérée, et dans l'hypothèse la plus favorable, jusqu'à atteindre 75 voire 100 %.
5.2 Ce faisant, le docteur A._____ pose au titre de diagnostic ayant valeur de maladie, celui d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Cette affection étant répertoriée sous chiffre F32.11 de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé, il énonce un diagnostic issu d'une classification reconnue qui ne saurait être invalidé au motif que l'expert ne cite pas de doctrine scientifique. Celui-ci se détermine en outre sur le degré de l'affection. A l'appui de son point de vue, il énumère de multiples traits caractéristiques de la dépression (accablement moral, pessimisme, découragement, anhédonie sévère, sentiment d'inutilité, effondrement narcissique, troubles mnésiques et de la concentration). Sur le plan clinique, il fonde son diagnostic sur les plaintes subjectives de l'assuré et sur son propre examen. Enfin, il procède à l'évaluation de la capacité de travail adaptée au trouble précité.
5.3 Sous l'angle psychiatrique, le rapport d'expertise contient ainsi suffisamment d'éléments permettant se convaincre qu'à l'époque des faits déterminants, la mise à profit de la capacité de travail n'était raisonnablement pas exigible de l'assuré au-delà de 50 % (voir ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). En outre, le rapport se fonde sur des examens médicaux complets et prend en considération les plaintes exprimées par l'assuré. Il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et non contradictoires. Les conclusions sont dûment motivées et aucun spécialiste n'émet d'opinion contraire apte à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert. En particulier, celles-ci ne sauraient être écartées au profit des conclusions du docteur L._____. En effet, celui-ci pose un diagnostic - trouble réactionnel - corroboré par aucun des autres avis médicaux figurant au dossier; en outre, les rapports qu'il a établis se résument à une critique de l'expertise du docteur A._____ (cf. mémoire de recours page 11) et ne constituent
nullement un avis médical portant un jugement sur l'état de santé de l'assuré, indiquant dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler ou quels travaux sont encore raisonnablement exigibles de lui (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Aussi les rapports des 12 janvier et 28 mai 2004 du docteur L._____ ne sauraient-ils être décisifs pour l'issue du présent litige. Au reste et contrairement au point de vue de la recourante, l'expert n'avait pas à compléter ses investigations sur le comportement de l'assuré hors consultation médicale, si son appréciation du cas lui paraissait suffisante (Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischen Störungen Annexe 8, U. Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, R. Schaffhauser/F. Schlauri (Hrsg.), Schriftenreihe des Institutes für Rechtswissenschaften und Rechtspraxis, Vol. 23, St Gallen 2003, p. 111 ss). De même n'avait-il pas à exposer les motifs pour lesquels il a écarté le diagnostic
de simulation, dès lors que sur la base de son expérience, il a considéré les plaintes exprimées comme étant fondées. Sur le vu de ce qui précède, le rapport d'expertise remplit toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références), de sorte que l'Office AI et les premiers juges se sont fondés à bon droit sur celui-ci.

De même ces derniers ont-ils à juste titre cité le rapport du 26 juin 2002 du docteur T._____ et celui du 6 décembre 2002 du docteur R._____, contrairement au point de vue défendu par la recourante. Selon celle-ci, « ... une invalidité ne peut être constatée qu'après un délai d'une année au moins d'incapacité de travail

», soit en l'occurrence à partir du mois d'août 2002, de sorte que l'avis des médecins précités - lesquels ont traité l'assuré jusqu'en avril 2002 - ne saurait être décisif pour l'issue du présent litige. En l'occurrence, l'assuré a subi une atteinte à la santé entraînant une incapacité totale de travail à partir du 27 août 2001, lui ouvrant droit à une rente entière à partir du 1er août 2002. En tant qu'ils constatent l'incapacité de travail survenue dès le 27 août 2001, les avis des médecins prénommés sont pleinement recevables dans la présente procédure.
6.
Sur le vu du dossier médical ainsi constitué, il appert qu'à la suite de troubles dépressifs - et non pas de facteurs socio-culturels comme soutenu par la recourante - l'assuré a subi une incapacité de travail totale à partir du 27 août 2001 et partielle (50 %) à partir du 1er mars 2003. La capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré à l'époque de la décision sur opposition litigieuse ne dépassait donc pas 50 %. Aussi toute amélioration éventuelle et médicalement documentée de celle-ci ne saurait-elle être prise en considération dans le présent litige mais devra-t-elle faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).
7.
En regard de l'incapacité de travail, respectivement de gain ainsi établie (cf. consid. 6 supra), l'Office AI et les premiers juges ont alloué à l'assuré une rente entière à partir du 1er août 2002 puis une demi-rente à partir du 1er mars 2003. Contrairement au point de vue de la recourante, le droit aux prestations ne saurait être dénié au motif que l'intéressé n'aurait pas épuisé tous les moyens de traitements médicaux disponibles et que ce faisant il ne se conformerait pas à l'obligation qui lui incombe d'entreprendre de lui-même tout ce qui est nécessaire pour améliorer sa capacité de gain.
Selon la jurisprudence (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références), le principe de la réadaptation par soi-même exige de l'assuré qu'il entreprenne de lui-même tout ce qui est convenable pour améliorer sa capacité de gain, en premier lieu par l'épuisement de toutes les possibilités de traitements. Le fait que l'assuré ne satisfasse pas suffisamment à son obligation de réduire le dommage peut être pris en considération dans le cadre de l'art. 31 al. 1 LAI et conduire au refus, total ou partiel, du droit à une rente durable ou temporaire (Meyer-Blaser, op. cit. p. 240). Cette jurisprudence reste valable après l'entrée en vigueur des articles 6 et 21 al. 4 LPGA.
En l'occurrence, l'assuré est régulièrement suivi par la doctoresse B._____. Celle-ci lui a prescrit un traitement médicamenteux dont il n'est pas prétendu qu'il ne le suive pas. Exception faite du docteur L._____, ni l'expert ni les médecins du SMR n'ont émis de critiques à l'encontre de celui-ci. Certes, l'expert retient-il la possibilité d'améliorer la capacité de travail de l'assuré moyennant la mise en oeuvre de traitements pharmacologiques ainsi que psychothérapeutiques spécifiques et propose une consultation spécialisée. Cependant, il ne ressort pas du dossier qu'au moment où l'Office AI a prononcé la décision sur opposition litigieuse, une proposition en ce sens aurait été faite à l'assuré, ni que, cas échéant, il l'aurait refusée. Dans ces circonstances, l'on ne saurait lui faire grief de ne pas suivre le traitement préconisé par son médecin traitant et, partant, de ne pas se conformer à son obligation de réduire le dommage.
8.
Sur le vu de ce qui précède, le jugement entrepris n'est pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.
9.
En vertu de l'art. 134 OJ, le Tribunal fédéral des assurances ne peut en principe pas imposer de frais de procédure aux parties, dans les procédures de recours en matière d'octroi ou de refus de prestations d'assurance. Cette disposition, édictée avant tout dans l'intérêt d'un assuré en litige avec un assureur social, ne s'applique toutefois pas, ordinairement, aux procédures opposant deux assureurs au sujet de prestations pour un assuré commun (ATF 119 V 22 consid. 4b). La recourante, qui succombe, supportera donc les frais de justice (art.156 OJ).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:
1.
Le recours est rejeté.
2.
Les frais de justice, d'un montant de 3'000 fr., sont mis à la charge de la recourante et sont couverts par l'avance de frais de 6'000 fr. qu'elle a versée; la différence, d'un montant de 3'000 fr., lui est restituée.
3.
Le présent arrêt sera communiqué aux parties, à l'assuré, au Tribunal cantonal des assurances sociales de la

République et canton de Genève et à l'Office fédéral des assurances sociales.
Lucerne, le 19 septembre 2006
Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la IVe Chambre: La Greffière: