

## **GE\_GERICHTE ATAS/1339/2014 vom 23. Dezember 2014**

GE Cour de justice, 2014-12-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1339\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1339_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1339/2014 du 23 décembre 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1339/2014 del 23 dicembre 2014

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

Le 19 juillet 2011, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations.

#### **E. 11**

Le 27 juin 2011, l'assuré a contesté ce projet.

#### **E. 12**

A alors été versé au dossier le rapport d'expertise rendu le 2 mars 2012 par le Dr F\_\_\_\_\_, mandaté par l'assureur perte de gain. L'expert a notamment relevé dans son anamnèse que c'était à l'âge de douze ans que l'assuré avait commencé à consommer des toxiques et à fumer des joints. Sur le plan socioprofessionnel, il a souligné que l'assuré avait fréquenté plusieurs écoles, mais sans pratiquement jamais terminer le cursus prévu par chacune de celles-ci. Les emplois exercés par la suite avaient été nombreux. La dernière profession exercée avait été celle d'employé magasinier : l'assuré était chargé de ramasser des poubelles à l'aide d'un triporteur électrique. L'expert a retenu à titre de diagnostic principal des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, à l'utilisation de cannabis et à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue, diagnostic qu'il a qualifié de « primaire » et sans incidence sur la capacité de travail. Il a également retenu celui de trouble de l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions dont il a également jugé qu'il était sans incidence sur la capacité de travail : selon l'expert, il n'y avait pas suffisamment de critères pour conclure à un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques ni même à un épisode dépressif léger ; les épisodes d'allure dépressive passés étaient vraisemblablement à mettre en lien avec les consommations de substances. L'expert a écarté le diagnostic de ralentissement, trouble mnésique et dysfonctionnement exécutif, expliquant que si un ralentissement, des troubles mnésiques et un dysfonctionnement exécutif avaient certes été mis en évidence en A/2552/2012 - 5/19 - 2006, lors de l'examen neuropsychologique, ils n'étaient désormais plus observables. Il a également rejeté le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique au motif que seuls deux critères permettant d'admettre ce diagnostic étaient remplis. Certes, les symptômes pourraient mimer une agoraphobie avec trouble panique, car la description des symptômes et des situations est proche des critères diagnostiques et afférents, mais le fait qu'il existe des prises d'alcool chroniques et importantes, associées à celles du cannabis, est un facteur d'exclusion majeure, l'effet très anxiogène de ces consommations à hautes doses étant largement connu. L'expert en a tiré la conclusion qu'il était probable qu'en cas d'abstinence, ces symptômes disparaissent. Pour les mêmes raisons, l'expert a écarté le diagnostic de phobie sociale. Enfin, l'expert a également nié le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif, forme mixte avec idées obsédantes et comportement compulsif, au

motif que l'investigué n'avait émis aucune plainte à cet égard et avait affirmé - après avoir entendu la définition d'une obsession - ne pas souffrir de ce symptôme. En définitive, l'expert a exclu toute limitation psychique et a conclu à une capacité de travail de 100% dès le 18 janvier 2012.

#### **E. 13**

Par décision du 15 juin 2012, l'OAI a nié à l'assuré le droit à toute prestation puisque son état de santé n'avait pas évolué et que son incapacité de gain était due avant tout à sa toxicodépendance.

#### **E. 14**

Par écriture du 20 août 2012, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 28 avril 2011, avec suite de frais et dépens. Le recourant reproche à l'OAI de s'être fondé exclusivement sur l'avis du Dr F\_\_\_\_\_, lequel est contredit par celui de ses médecins-traitants, notamment du Dr E\_\_\_\_\_, qui font état d'une totale incapacité de travail, d'autant que le Dr F\_\_\_\_\_ ne l'a reçu que trop brièvement pour se faire une juste idée de sa situation. Le recourant fait également grief à l'OAI de n'avoir pris en considération que ses atteintes somatiques et d'avoir ignoré ses limitations psychiques, dont il soutient qu'elles l'empêchent désormais totalement de travailler, ce qui n'était pas encore le cas lorsqu'il a déposé sa première demande de prestations. Depuis lors, les symptômes psychiques et mentaux se sont aggravés au point qu'il lui est impossible de gérer ses activités quotidiennes même les plus simples (faire ses courses, ranger son appartement, trier son courrier, etc.).

#### **E. 15**

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 18 septembre 2012, a conclu au rejet du recours.

A/2552/2012 - 6/19 - L'intimé soutient qu'à défaut d'éléments objectivement vérifiables, l'existence de simples divergences entre les conclusions de l'expert et celles des médecins-traitants ne suffit pas à remettre en question la valeur probante de l'expertise.

#### **E. 16**

Par écriture du 26 octobre 2012, le recourant a précisé ses reproches à l'encontre du Dr F\_\_\_\_\_, dont il a expliqué ne pas remettre en cause les compétences mais la capacité à juger de la gravité de sa situation.

#### **E. 17**

Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 15 novembre 2012 au cours de laquelle a été entendu le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Le médecin a indiqué que l'assuré est suivi à la Fondation PHENIX depuis plusieurs années. Le Dr E\_\_\_\_\_ le suit personnellement depuis 2006. Le médecin a expliqué que la première demande de prestations était motivée principalement par des problèmes dorsaux, lesquels ont été traités avec succès ; la situation était désormais stabilisée à ce niveau. Il a ajouté que si les médecins de la fondation ont poussé l'assuré à déposer une nouvelle demande de prestations, c'est parce qu'ils sont arrivés à la conclusion qu'ils avaient fait leur maximum et que l'état de l'assuré, d'un point de vue psychique, ne pouvait être amélioré. Les diagnostics retenus ont été les suivants : agoraphobie, phobie sociale, trouble obsessionnel compulsif (TOC), anxiété généralisée et trouble dépressif récurrent depuis l'adolescence.

L'agoraphobie et la phobie sociale ont été traitées avec succès, de sorte que le patient peut désormais se déplacer. Il y arrive grâce à une médication. En revanche, l'anxiété demeure assez élevée. Le problème est qu'elle fluctue et qu'elle peut atteindre des pics correspondant à un trouble panique. L'assuré est alors tétanisé, cloîtré chez lui. C'est au point qu'il n'est alors plus capable de timbrer ou poster une lettre. Ses facultés cognitives et mnésiques sont également touchées. Dans ces périodes-là, il peut y avoir une à plusieurs crises de panique par jour, parfois déclenchées par un événement totalement banal, comme le simple fait de penser qu'il va devoir sortir ou rencontrer des inconnus. Le témoin a qualifié le degré de l'état dépressif de moyen - à sévère en cas de crise - , tout en précisant que, même en période d'accalmie, l'incapacité de travail est totale. En effet, l'état dépressif est compliqué par une anxiété flottante, des troubles mnésiques et des TOC. Le médecin a expliqué à cet égard que les TOC se manifestent également sur le lieu de travail. A titre d'exemple, dans son dernier emploi, qui consistait à faire des tournées à vélo pour ramasser les poubelles, il a suffi que l'assuré doive changer de parcours pour qu'il décompense gravement. D'autres TOC consistent en des vérifications répétitives, en des nettoyages compulsifs de l'environnement et en des positionnements d'objets (toujours à la même place et dans une certaine posture). Ces TOC et les difficultés mnésiques se combinent pour réduire grandement les

A/2552/2012 - 7/19 - facultés d'adaptation du recourant. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, le recourant se trouve dans la même situation que les personnes âgées qui doivent se trouver dans un milieu très structurant : il lui faut accomplir jour après jour les mêmes tâches répétitives dans le même ordre et de la même manière. A défaut, il ne dispose pas des facultés adaptatives lui permettant de dépasser son anxiété sans décompenser. Le médecin a expliqué avoir suggéré une réévaluation des capacités mnésiques de l'assuré parce qu'elles lui paraissent très diminuées par rapport à l'évaluation précédente, qui remonte à février 2006. Le Dr E\_\_\_\_\_ a dit ne pas adhérer du tout aux conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, expliquant que, depuis 2004, l'assuré est passé d'institution en institution (REALISE, PARTAGE, IPT, etc.), ce qui a permis aux médecins de constater une baisse progressive de ses capacités pour finalement arriver à la conclusion qu'il n'existe désormais plus d'endroit où il pourrait effectuer une activité, même occupationnelle et même à temps partiel. Le médecin a également émis l'hypothèse que le recourant avait pu se présenter au Dr F\_\_\_\_\_ comme il le fait d'ordinaire devant un inconnu, c'est-à-dire bien, voire « trop bien » : il se montre poli, calme et réaffirme de manière systématique et en boucle que « tout va bien » et qu' « il n'y a aucun problème » ; l'assuré est en effet très pudique ; qui plus est, il n'arrive pas à exprimer, verbaliser ou décrire son état. On aboutit ainsi vite à une discussion « stérile », en ce sens que l'assuré ne donne pas de « matériel » au médecin examinateur et ce, alors même, qu'en réalité, il est incapable d'accomplir même les actes de base de la vie ordinaire. Le Dr E\_\_\_\_\_ a ajouté que s'il avait examiné le recourant sans le connaître pendant une heure, il serait sans doute parvenu aux mêmes conclusions que l'expert. Enfin, le témoin a souligné que ses conclusions sont également celles de toute l'équipe pluridisciplinaire qui suit l'assuré depuis 1991 et qui a vu son état se dégrader progressivement sur le plan psychique, au point de ressembler à un phénomène de vieillissement prématuré.

## **E. 18**

Entendu le même jour en comparution personnelle, l'assuré, venu en compagnie de sa mère et de son conseil, a allégué n'être plus descendu au centre ville depuis deux ans : il reste dans son quartier, où il fait des allers-retours entre son domicile et le centre commercial, où

il prend parfois le café avec des habitués, restant ainsi confiné dans un périmètre très étroit, qui le rassure. Le recourant a expliqué qu'il rencontre de grandes difficultés à assumer son ménage par exemple. Il lui faut se préparer psychologiquement avant de sortir faire ses courses et lorsqu'il passe à l'action, il le fait rapidement, en moins de dix minutes car il lui est difficile de rester plus longtemps dans un endroit fermé. Il lui est ainsi arrivé de « planter » là toutes ses courses parce qu'il lui était impossible d'attendre plus de 5 minutes en caisse. Il supporte mal la foule et le regard des autres. Il n'arrive pas non plus à prendre les transports publics et se déplace à vélo, ce qui lui permet d'éviter de croiser ou de parler aux gens.

A/2552/2012 - 8/19 - C'est son assistante sociale qui se charge de toutes les démarches administratives car lui, en est totalement incapable. Le conseil du recourant a confirmé que son mandant ne vient le consulter qu'accompagné, de sa mère et/ou de son assistante sociale, à qui il adresse d'ailleurs une copie des lettres qu'il envoie à son mandant car il sait que ce dernier risque de se trouver dans l'incapacité de traiter son courrier.

#### **E. 19**

Une seconde audience d'enquêtes s'est tenue en date du 24 janvier 2013, au cours de laquelle a été entendue Madame G\_\_\_\_\_, assistante sociale en charge du recourant depuis 2005. Le témoin a expliqué fixer régulièrement des rendez-vous (deux fois par mois) au recourant. Ce dernier éprouve de grandes difficultés à ouvrir et à traiter son courrier. Elle le passe donc en revue avec lui et l'aide à préparer les justificatifs qu'il devra apporter à l'assistante sociale qui le suit auprès de l'HOSPICE GENERAL. Madame G\_\_\_\_\_ a ajouté s'être rendue une fois chez le recourant pour évaluer son cadre de vie, ce qui lui a permis de constater qu'il rencontre de grandes difficultés à gérer son ménage : il lui est très difficile de jeter, de ranger de manière logique, d'assumer le nettoyage, malgré le fait qu'il n'habite qu'un trois pièces. Il lui est également difficile de s'organiser. Selon l'assistante sociale, le recourant arrive à effectuer certaines démarches, mais uniquement sur consigne : il est capable d'exécuter ce qu'on lui dit de faire. Elle lui donne donc toute la procédure, qu'il suit comme un enfant. Il a toujours la volonté de bien faire, mais ne peut faire qu'une chose à la fois. A titre d'exemple, donner un ordre permanent à la banque lui demande beaucoup d'efforts. Selon elle, l'assuré ne peut être autonome. Il jouit d'une "fausse autonomie". Certes, il vit seul dans un appartement et bénéficie de l'argent que lui verse l'Hospice général, mais il ne dispose en réalité que de très peu de compétences. Une sorte de routine s'est installée, mais dès qu'un élément diffère, il se trouve dans l'incapacité d'y faire face. Le témoin a par ailleurs indiqué avoir constaté une nette dégradation de l'état psychique du recourant depuis 2005. L'assistante sociale a expliqué à cet égard que l'assuré, voulant bien faire, a cherché une place par le biais de la réintégration professionnelle mais en « a payé le prix » car cela s'est traduit par une sorte de fissure : sa confiance en lui, qui n'était déjà pas grande, a été ébranlée par les échecs successifs qu'il a dû affronter et qui l'ont fragilisé. Le témoin a enfin déclaré que le recourant était désormais clairement dans l'incapacité totale d'exercer un travail dans le circuit normal. Ce qui pourrait lui convenir peut-être, à l'avenir, ce serait une activité dans un atelier protégé, avec des consignes claires et répétitives.

#### **E. 20**

Le 28 janvier 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a adressé à la Cour de céans les documents suivants :

A/2552/2012 - 9/19 - - un rapport d'examen neuropsychologique pratiqué par le Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et Madame I\_\_\_\_\_, psychologue diplômée FSP,

le 18 février 2006, concluant à un dysfonctionnement exécutif modéré se manifestant par un léger manque de flexibilité mentale, à un déficit mnésique sévère dans l'apprentissage et le maintien à long terme d'un matériel verbal et à un ralentissement de l'attention et dans la vitesse de traitement de l'information. - un courrier du Dr H\_\_\_\_\_ du 28 novembre 2012 indiquant qu'il existe indiscutablement et probablement de longue date des perturbations cognitives, notamment mnésiques, très probablement à mettre sur le compte de l'importante toxicomanie, dont il rappelle qu'elle a débuté à l'âge de douze ans, âge de la pleine formation cérébrale ; le médecin précise que les difficultés préexistantes peuvent être majorées par d'indiscutables aspects psychiques, anxieux notamment ; - un rapport d'examen de neurologie du comportement du 25 janvier 2013, du Dr H\_\_\_\_\_ et de Madame J\_\_\_\_\_, spécialiste en psychothérapie FSP et en neuropsychologie, concluant, sur le plan mnésique, à des difficultés marquées d'apprentissage, à de faibles capacités de restitution autobiographique, à une capacité de mémoire à court terme et de travail dans les normes mais avec des fluctuations et une légère perte et, sur le plan attentionnel, à une vitesse d'exécution variable mais globalement très ralentie, à une fatigabilité modérée, et à des performances légèrement fluctuantes en mémoire du travail ; ont également été relevés, sur le plan exécutif, des signes dysexécutifs modérés avec des performances difficilement interprétables tant les temps sont globalement ralentis ; en définitive, il a été estimé que le tableau confirmait globalement l'évaluation pratiquée en 2006 avec, au premier plan, des difficultés mnésiques et attentionnelles conséquentes et un ralentissement plus important en 2006 ; le tableau a été défini comme clairement entaché de facteurs psychiques (anxiété de fond et réaction de panique lors des tâches entrevues comme trop difficiles, éventuellement état dépressif au vu des remarques auto-dévalorisantes) qui entravent notamment une bonne mémorisation et une bonne utilisation des ressources exécutives ; quel que soit l'étiologie des troubles, le tableau cognitif est désormais d'un degré d'atteinte suffisamment important pour entraver un travail dans l'économie de marché ;

#### **E. 21**

L'intimé, dans ses écritures du 21 février 2013, a persisté dans ses conclusions. Il soutient que les consultations du neurologue et de la neuropsychologue étant postérieures à la décision contestée, on ne saurait en tirer la conclusion que l'état de santé de l'assuré, en mars 2012, était différent de celui décrit par le Dr F\_\_\_\_\_. Il ajoute qu'il n'y pas d'argument probant en faveur d'une aggravation de l'état neurologique.

#### **E. 22**

Par écriture du 22 février 2013, le recourant a également persisté dans ses conclusions en relevant avoir drastiquement diminué sa consommation d'alcool et

A/2552/2012 - 10/19 - de cannabis, de sorte que les troubles dont il souffre désormais ne peuvent plus être reliés à sa consommation.

#### **E. 23**

Le 23 décembre 2013, la Cour de céans a ordonné une expertise psychiatrique, qu'elle a confiée au docteur K\_\_\_\_\_, médecin psychiatre et psychothérapeute au département de médecine communautaire de premier recours et des urgences des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) La Cour a constaté que si le Dr F\_\_\_\_\_ n'avait retenu que les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de toxiques et de troubles de l'adaptation, dont il avait estimé qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail, les médecins traitants, eux, avaient conclu à une totale incapacité de travail, en raison de

troubles obsessionnels compulsifs, d'une anxiété généralisée et d'un trouble dépressif récurrent depuis l'adolescence. Qui plus est, le Dr E\_\_\_\_\_ avait fait état d'éléments objectifs dont l'expert ne semblait pas avoir tenu compte (TOC et conséquences de ceux-ci, fait que l'assuré n'avait jamais été capable de mener une formation à son terme ni de conserver un emploi, nouvelle évaluation neuropsychologique effectuée en janvier 2013).

#### E. 24

Le Dr K\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 12 mai 2014, sur la base de trois entretiens avec l'assuré, de téléphones avec son psychiatre traitant, avec son médecin traitant et avec son assistante sociale, ainsi que de l'intégralité du dossier mis à sa disposition. Après une anamnèse détaillée, l'expert a relayé les plaintes de l'assuré avant d'exposer en détails ses propres constatations objectives à l'examen. Il a précisé n'avoir pas sollicité de nouveau bilan neuropsychologique en raison de la proximité de celui réalisé le 25 janvier 2013. Ont finalement été retenus le diagnostic de personnalité anxieuse dépendante avec trouble anxieux mixte et dysthymie, ainsi que celui de syndrome de dépendance au cannabis. L'expert a repris un par un tous les diagnostics qui avaient été évoqués s'agissant de l'assuré en expliquant les raisons qui l'avaient amené à les retenir ou à les écarter : - la toxicomanie avait été constatée par plusieurs médecins et était reconnue par l'intéressé lui-même, mais la rémission concernant les opiacés avait été constatée depuis de nombreuses années et ne faisait pas de doute, tout comme la consommation excessive d'alcool ; seule une consommation régulière de cannabis à raison de deux joints par jour nécessaires à induire le sommeil persistait ; l'expert l'a qualifiée de dépendance « canalisée » de faible gravité ; - l'expert a relevé que le trouble dépressif récurrent signalé par le Dr E\_\_\_\_\_ en 2011 n'avait pas été décrit précisément et ne correspondait pas aux critères de la CIM-10 ; il n'avait d'ailleurs pas été repris par le Dr F\_\_\_\_\_ en 2012 ; le Dr E\_\_\_\_\_ avait pourtant confirmé ce diagnostic lors de son audition, sans

A/2552/2012 - 11/19 - l'expliquer ; l'expert a dit avoir pour sa part constaté une humeur légèrement abaissée, sans que l'on puisse évoquer un épisode dépressif à proprement parler ; considérant que les critères d'un trouble dépressif récurrent n'avaient jamais été démontrés, mais qu'il y avait des plaintes dépressives anciennes et chroniques, il a retenu pour sa part le diagnostic de dysthymie ; - les troubles anxieux avaient été évoqués en premier lieu par l'assuré lui-même et signalés également par le Dr E\_\_\_\_\_ qui les avait décrits de façon précise dans son rapport du 26 mai 2011 ; ils avaient également été relevés par le Dr F\_\_\_\_\_ en 2012, mais ce médecin avait finalement écarté un diagnostic spécifique en raison de la présence d'un nombre trop faible de symptômes et de la consommation d'alcool et de cannabis, censée être anxiogène ; le Dr F\_\_\_\_\_ avait également écarté le TOC, dont il n'avait pas constaté les signes ; le Dr E\_\_\_\_\_ avait confirmé le trouble anxieux en novembre 2012, en le décrivant à nouveau de façon précise ; l'expert judiciaire a indiqué avoir lui aussi observé des troubles anxieux ; il a considéré que les arguments du Dr F\_\_\_\_\_ pour écarter ce diagnostic n'étaient pas convaincants : d'une part, les symptômes anxieux tels que décrits par les médecins et le patient étaient nombreux et variés, d'autre part, la consommation de cannabis et d'alcool n'est pas connue pour être systématiquement anxiogène et apparaît chez l'assuré comme une tentative d'automédication anxiolytique ; l'expert judiciaire a retenu pour sa part le diagnostic de trouble anxieux et, au vu de la symptomatologie très riche décrite dans le cas de l'assuré, comprenant des tendances phobiques et obsessionnelles, l'a précisé en celui de trouble anxieux mixte ; - enfin, bien que le diagnostic de trouble de la personnalité n'ait pas été

évoqué jusqu'alors, l'expert a constaté que l'assuré avait présenté des perturbations du fonctionnement psychique et des relations interpersonnelles de façon précoce, qu'il avait suivi un parcours prolongé de polytoxicomanie qui avait longtemps masqué un trouble profond du fonctionnement de la personnalité, qu'après sa sortie de dépendance aux produits, ce trouble était apparu au premier plan et avait constitué l'obstacle principal à sa réinsertion sociale et que désormais, les traits de tension émotionnelle, de dépendance, d'abandonnisme, d'évitement, de repli psychosocial et de sentiment d'incompétence étaient clairement observables ; ils ont conduit l'expert à retenir le diagnostic de personnalité anxieuse dépendante, dont il a souligné qu'il était décompensé c'est-à-dire qu'en d'autres termes, les traits de personnalité s'exprimaient par des symptômes de maladie justifiant les diagnostics complémentaires ; - quant aux troubles cognitifs décrits par l'assuré et rapportés par certains intervenants comme son assistante sociale, ils avaient été évalués en janvier 2013 par le Dr H\_\_\_\_\_ et Madame J\_\_\_\_\_ ; il s'agissait essentiellement de troubles de l'attention et de la concentration, en rapport avec les troubles anxieux et ne justifiant donc pas de diagnostic spécifique.

A/2552/2012 - 12/19 - En conclusion, l'expert a estimé que les troubles psychiques influençaient fortement la capacité de travail au vu des limitations suivantes : fatigabilité secondaire à la nécessité de lutter contre les troubles anxieux et sensibilité au stress et aux relations interpersonnelles limitant la durée de l'efficacité dans une tâche nécessitant un certain rendement. L'expert a estimé que la capacité de travail exigible ne dépassait pas 50%. Qui plus est, sur le plan qualitatif, la capacité de travail était limitée par le risque de crises anxieuses aiguës et de désorganisation psychique en cas d'exposition au stress ou aux conflits. L'expert a expliqué qu'il était difficile à l'assuré d'agir dans le cadre d'un groupe professionnel, d'une structure fortement hiérarchisée ou d'une astreinte à un rendement élevé. Il n'était pas en mesure d'assumer une activité nécessitant initiative ou capacité d'adaptation. Les capacités résiduelles étant donc très limitées sur le plan qualitatif, l'évaluation médico-théorique confinait à la question de l'employabilité. Cependant, les capacités de l'assuré n'étaient pas totalement nulles puisqu'il pouvait se concentrer plusieurs heures de suite sur un jeu vidéo, faire ses courses et son ménage, préparer ses repas, rencontrer des personnes dans son quartier et s'approvisionner en cannabis. Finalement, eu égard à la symptomatologie encore présente, l'expert a conclu à une capacité de 50% dans un poste adapté, c'est-à-dire peu stressant, sans contacts sociaux ou interprofessionnels importants, sans obligation de rendement élevé, sans contraintes hiérarchiques marquées et ne demandant ni initiative ni adaptations fréquentes et ce, depuis le 1er mai 2014. En revanche, la capacité à exercer l'activité habituelle était nulle. Entre 2007 et 2011, l'état de santé de l'assuré s'était dégradé et sa capacité de travail avait diminué, passant d'environ 100% à 0%, pour rester à 0% dans un poste non adapté et à 50% dans un poste adapté.

#### **E. 25**

Par écriture du 16 juin 2014, l'intimé a soutenu que l'avis du Dr K\_\_\_\_\_ ne consistait qu'en une appréciation différente d'un même état de faits par rapport à l'opinion du Dr F\_\_\_\_\_, dont il a allégué qu'elle devait se voir reconnaître pleine valeur probante.

#### **E. 26**

septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. 5. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de l'assuré s'est aggravé depuis la décision initiale du 25 septembre 2007, au point de lui ouvrir droit à une rente d'invalidité. 6. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles.

A/2552/2012 - 14/19 - Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce. c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid.

1b) afin d'établir si un changement est intervenu. Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). 7. 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). 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 (art. 7 LPGGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA et 4 al. 1 LAI). 8. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont

A/2552/2012 - 15/19 - les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 9. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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. 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). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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).

A/2552/2012 - 16/19 - 10. 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 LPG), 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. A cet égard, il importe 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 352 ss consid. 3). 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) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Enfin, on rappellera que le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des

A/2552/2012 - 17/19 - opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 11. En l'espèce, il est vrai que la première demande du recourant reposait principalement sur ses problèmes dorsaux et c'est d'ailleurs par rapport à ceux-ci que l'intimé s'est déterminé quant au degré d'invalidité à l'époque. La nouvelle demande invoque des problèmes psychiques. A cet égard, il y a lieu de se référer aux conclusions de l'expert judiciaire psychiatre dont le rapport respecte tous les critères permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. Il contient une anamnèse détaillée, se fait le relais des plaintes de l'assuré, expose quelles ont été les constatations objectives de l'expert. Au surplus, ce dernier a précisément passé en revue tous les diagnostics évoqués s'agissant du recourant, pour expliquer pour quelles raisons il les retenait ou les écartait. Ses explications, convaincantes, ne contiennent aucune contradiction. Quant à l'intimé, il s'est contenté d'alléguer, par le biais de son SMR, que l'avis du Dr K\_\_\_\_\_ ne consisterait qu'en une appréciation différente d'un même état de faits par rapport à celui du Dr F\_\_\_\_\_, dont il a persisté à soutenir qu'il devait se voir reconnaître pleine valeur probante. La Cour de céans a déjà expliqué les raisons pour lesquelles elle avait jugé bon de ne pas retenir le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ et de mettre sur pied une expertise judiciaire. Il n'y a donc pas lieu d'y revenir ici, d'autant que l'intimé ne fait valoir, à l'encontre de l'expertise judiciaire, aucun élément objectif qui justifierait que l'on s'écarte de ses conclusions. Il convient donc de retenir, conformément à l'expert, que l'état psychique de l'assuré s'est bel et bien aggravé depuis décembre 2005 - date de la décision initiale, au demeurant basée sur les problèmes physiques de l'assuré - et de retenir une capacité résiduelle de travail désormais réduite à 50% dans une activité adaptée telle que décrite par le Dr K\_\_\_\_\_ et ce, depuis le 1er mai 2014, étant précisé que la capacité de travail a été jugée nulle dans toute activité depuis mars 2011. 12. Reste à déterminer quelles activités concrètes pourraient correspondre à cette description, qui seraient plus adaptées que la dernière exercée par le recourant - s'il en existe véritablement, ce dont l'expert psychiatre semble douter lui-même -, quels revenus pourraient en découler, s'il y a lieu d'appliquer une réduction supplémentaire au revenu d'invalidité ou encore de mettre l'assuré au bénéfice de mesures de réadaptation professionnelle. Il conviendra également de procéder à des investigations complémentaires concernant les derniers revenus réalisés par l'assuré avant l'aggravation de son état de santé, puis de calculer le degré d'invalidité et son évolution dans le temps depuis l'aggravation de mars 2011.

A/2552/2012 - 18/19 - Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 15 juin 2012 annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour examen du degré d'invalidité et nouvelle décision. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-

A/2552/2012 - 19/19 - 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.