

# **GE\_GERICHTE ATAS/252/2014 vom 4. März 2014**

GE Cour de justice, 2014-03-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_252\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_252_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/252/2014 du 4 mars 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/252/2014 del 4 marzo 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

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.

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

### **E. 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. 56ss LPGA.

### **E. 5**

Le litige porte sur l'existence d'une incapacité de travail due à la maladie.

### **E. 6**

a) 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). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier

2008). b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

A/833/2013 - 7/10 - Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). c) Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). d) 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces

A/833/2013 - 8/10 - principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

## **E. 7**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes,

doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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 LPGA), 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 351 consid. 3).

#### **E. 8**

En l'espèce, l'assuré est en arrêt de travail à 100% depuis le 9 septembre 2011. Il ressort de l'ensemble des rapports médicaux réunis par l'OAI avant la décision du

#### **E. 11**

février 2013 que l'assuré présentait un état anxio-dépressif lié à un important conflit professionnel, mais que dans un autre poste ou une autre entreprise, moyennant la poursuite du traitement psychothérapeutique et médicamenteux, il disposait d'une pleine capacité de travail. Aucun rapport médical ne retient d'incapacité de travail dans un autre emploi avant la décision. D'ailleurs, entendu par l'OAI en avril 2012, l'assuré a confirmé qu'il recherchait activement un autre emploi. X\_\_\_\_\_ avait au surplus mis sur pied un projet de réinsertion. C'est donc sur la base des renseignements médicaux des médecins et psychologues de l'assuré que le SMR a estimé en novembre 2012, à juste titre, qu'il ne s'agissait pas d'un problème médical mais d'un conflit de travail qui pourrait être réglé par un simple changement de poste. Les rapports médicaux au dossier et cet avis étant

A/833/2013 - 9/10 - convaincants, il n'y avait pas lieu de s'en écarter à défaut d'un avis médical divergeant. La décision du 11 février 2013 était donc correctement fondée sur l'appréciation médicale du SMR. Il est toutefois apparu dans le cadre de l'instruction ordonnée par la Cour que l'état de santé de l'assuré avait subi une aggravation en janvier 2013, après la notification du projet de refus de l'OAI, qui avait nécessité une prise en charge de crise au CTB, en raison d'idées suicidaires, la poursuite du suivi au CAPPI jusqu'au 4 avril 2012, puis un suivi spécialisé par la Dresse B\_\_\_\_\_, psychiatre, dès le 2 mai 2013. Cela étant, les rapports médicaux de ce psychiatre-traitant ne permettent pas de retenir que l'assuré aurait été totalement incapable de travailler dans toute activité dès le mois de janvier 2013. Elle retient en effet un état dépressif de gravité moyenne et non pas sévère, avec une prise en charge bimensuelle jusqu'en septembre 2013. Depuis lors, soit avant l'échéance du délai de carence d'un an dès début janvier 2013, le suivi a pu être espacé à une séance mensuelle, avec un arrêt de la médication et un certificat de reprise du travail.

Cela étant, comme le soulève cette psychiatre, le risque de rechute n'est pas exclu et la fin du traitement a été décidé à la demande du patient. Il convient donc de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il procède à une instruction complémentaire, d'abord auprès de la Dresse B \_\_\_\_\_, afin de savoir si l'amélioration s'est confirmée, puis, en cas de rechute, en procédant à un examen ou une expertise psychiatrique de l'assuré, afin de déterminer l'évolution de son état et de sa capacité de travail dès janvier 2013. Le cas échéant, l'apport de l'éventuel avis médical du médecin-conseil de X \_\_\_\_\_ – l'assuré étant vraisemblablement toujours employé et salarié - serait utile. 9. Le recours est partiellement admis, la décision du 11 février 2013 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Compte tenu du fait que, lors de la décision litigieuse, aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait été portée à la connaissance de l'OAI, la Cour renoncera à mettre à la charge de l'intimé un émolument.

A/833/2013 - 10/10 - 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.