

# **GE\_GERICHTE ATAS/362/2015 vom 19. Mai 2015**

GE Cour de justice, 2015-05-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_362\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_362_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/362/2015 du 19 mai 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/362/2015 del 19 maggio 2015

## **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/GE 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. 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).

### **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 respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans

A/3452/2013 - 18/28 - le domaine de l'assurance-invalidité. 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 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, 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). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

#### **E. 4**

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; RS/GE E 5 10).

#### **E. 5**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail eu égard à ses troubles psychiques.

#### **E. 6**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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).

#### **E. 7**

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. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

A/3452/2013 - 19/28 - 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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

#### **E. 8**

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

## **E. 9**

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).

A/3452/2013 - 20/28 - 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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Etant 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 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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 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).

A/3452/2013 - 21/28 - En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

## **E. 10**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

## **E. 11**

En l'espèce, l'intimé considère, sur la base du rapport du Dr F\_\_\_\_\_ du 19 avril 2013, que la capacité de travail du recourant est entière dans l'activité habituelle, malgré le trouble bipolaire signalé depuis 2000. Le recourant quant à lui soutient que son atteinte à la santé

engendre une incapacité de travail totale depuis le 9 mai 2011, comme attesté par son psychiatre traitant. La chambre de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire. Il convient d'apprécier la valeur probante du rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 17 novembre 2014 à l'aune des critères jurisprudentiels en matière de rapports médicaux.

#### **E. 12**

L'expert a diagnostiqué un trouble affectif bipolaire, en voie de rémission, et une anxiété généralisée, atteintes ayant entraîné une incapacité de travail totale et durable à partir du mois de mai 2011.

A/3452/2013 - 22/28 - La chambre de céans constate que cette expertise, dépourvue de contradiction, remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'expert a en effet étudié toutes les pièces du dossier, procédé à une anamnèse détaillée, relaté l'histoire de l'affection actuelle ainsi que les plaintes du recourant. Il a requis des examens de laboratoire et ses conclusions, dûment motivées, résultent d'une analyse complète de la situation médicale, objective et subjective. Il sied donc d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert.

#### **E. 13**

a. Dans son rapport du 19 avril 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a retenu que le trouble affectif bipolaire n'avait jamais atteint un degré de gravité justifiant une incapacité de travail de longue durée ou définitive. Il a nié toute aggravation de la maladie depuis 2011 et conclu que le recourant connaissait un contexte prégnant de problèmes psychosociaux et de conflits émotionnels depuis 2010 qui suffisaient à expliquer les plaintes et la revendication d'invalidité associée. D'après lui, le trouble affectif bipolaire était en rémission. Ces conclusions ne convainquent pas pour les motifs qui vont être développés ci-après. b. Concernant la gravité du trouble bipolaire et ses conséquences sur la capacité de travail, le Dr F\_\_\_\_\_ a expliqué que ce trouble pouvait avoir valeur de maladie invalidante lorsqu'il était significatif et grave, précisant que, dans les formes graves, difficiles à stabiliser, et lors des décompensations notamment maniaques ou même dépressives, l'hospitalisation était en général requise. Or, selon lui, le recourant avait peu suivi les traitements et n'avait été hospitalisé qu'une seule fois en 2010. Il a affirmé que le recourant avait refusé une bonne partie des soins, notamment au CTB, qu'il faisait « son marché » et que seuls certains traitements « avaient sa faveur », sous-entendant ainsi que le recourant avait refusé de se soumettre à un traitement adéquat. La chambre de céans relève en premier lieu qu'il ressort des faits de la cause que le traitement s'est avéré difficile en raison des effets secondaires des médicaments et de leur relative efficacité. A titre d'exemple, le Dr J\_\_\_\_\_ a relaté que certains médicaments avaient rendu le recourant irritable, logorrhéique, que d'autres avaient causé des vertiges et des troubles de la vision, et que d'autres encore avaient engendré des insomnies (rapport du 9 octobre 2000). Ainsi, plusieurs traitements ont dû être interrompus, à l'instar d'un antidépresseur qui avait engendré un virage hypomaniaque ou mixte (rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 30 avril 2012). De plus, la phase dépressive présentée par le recourant en 2001 a résisté aux antidépresseurs (rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 30 juillet 2001). Les spécialistes des HUG ont également constaté que la médication était peu aidante (rapport du 20 décembre 2011), et le psychiatre traitant a relevé que les différents stabilisateurs étaient inefficaces (rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 30 avril 2012) et que le recourant

A/3452/2013 - 23/28 - n'était pas stabilisé malgré les différents traitements (rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2012). Si la compliance s'est effectivement avérée difficile durant les premières années (rapports du Dr J\_\_\_\_\_ du 9 octobre 2000, des HUG du

#### **E. 14**

a. Le SMR a rendu plusieurs avis aux termes desquels il a confirmé l'appréciation de l'examineur mandaté par l'intimé. Ses médecins ont en effet considéré qu'en dehors des phases de décompensation, limitées dans le temps, le recourant avait pu conserver une pleine capacité de travail dans son activité habituelle (avis des Dresses H\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ du 24 mars 2014) et que l'évolution clinique prouvait qu'en dehors des périodes de stress et d'instabilité, le trouble affectif bipolaire n'était pas incapacitant, les épisodes thymiques étant moins sévères et moins longs depuis deux ans, avec des intervalles libres durant lesquelles le recourant pouvait reprendre une activité (avis des Drs H\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ du 8 décembre 2014). La chambre de céans rappelle à cet égard que le psychiatre traitant a déclaré que la maladie était devenue chronique car les périodes dépressives s'étaient allongées de cinq à six mois jusqu'à dix-douze mois et que les états maniaques étaient devenus plus fréquents. Le recourant devait notamment accroître la fréquence des consultations en période de crise. Il a encore précisé que s'il avait fait état d'une évolution favorable (cf. rapport du 30 avril 2012), c'était en raison des variations très importantes et rapides de la gravité des états dépressifs, variations trompeuses qui faisaient croire à une stabilisation grâce aux médicaments alors que tel n'était en réalité par le cas (déclarations du 21 janvier 2014). L'expert quant à lui a expliqué que la situation se compliquait lorsque les épisodes aigus s'allongeaient ou se rapprochaient car la capacité de reprendre pied dans son emploi entre chaque épisode aigu s'amenuisait. Dans le cas du recourant, les

A/3452/2013 - 26/28 - épisodes dépressifs et maniaques avaient amené les médecins à prescrire des arrêts de travail pour des durées croissantes à partir du milieu des années 2000, jusqu'à un arrêt devenu définitif en 2011. Ainsi, en raison de l'allongement des périodes de décompensation, les intervalles libres étaient devenus plus courts, et très vraisemblablement trop courts pour permettre au recourant de se réinsérer efficacement dans la vie active. L'appréciation divergente du SMR ne permet pas de douter des conclusions, dûment motivées, de l'expert judiciaire, lesquelles sont en outre corroborées par le psychiatre traitant. b. Le SMR estime encore que l'argumentation dudit expert pour considérer le diagnostic d'anxiété généralisée comme une affection incapacitante est insuffisante. La chambre de céans rappelle toutefois que le Dr L\_\_\_\_\_ a conclu que c'était le grave trouble affectif bipolaire qui était responsable de l'incapacité durable de travail. La présence du trouble d'anxiété généralisée, de gravité légère à moyenne, pouvait uniquement majorer l'intensité des limitations fonctionnelles lors des épisodes dépressifs.

#### **E. 15**

Enfin, l'intimé reproche à l'expert d'avoir nié l'existence d'une rémission en se fondant sur des faits postérieurs à la décision litigieuse, soit un état dépressif survenu au cours de l'été 2014. De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (cf. ATF 131 V 242 consid. 2.1). En l'occurrence, le Dr L\_\_\_\_\_ a évoqué des faits postérieurs à la décision du 25 septembre 2013 car il s'est également déterminé sur l'état de santé du recourant au moment de son

examen, soit en septembre 2014. Cela étant, ces faits, et plus précisément l'état dépressif survenu en été 2014, ne modifient en rien la validité des conclusions de l'expert quant à la situation prévalant au moment de la décision litigieuse.

#### **E. 16**

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise judiciaire. Partant, il y a lieu de conclure que l'incapacité de travail du recourant est totale depuis le 9 mai 2011 et qu'il a ainsi droit à une rente entière d'invalidité à l'échéance du délai de carence d'une année, soit le 9 mai 2012. Ainsi, le droit à la rente prend naissance dès le 1er mai 2012, soit au début du mois au cours duquel le droit a pris naissance (et non dès le 21 septembre 2011, comme l'a requis le recourant dans ses conclusions).

A/3452/2013 - 27/28 -

#### **E. 17**

Il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il détermine le montant de la rente du recourant et rende une nouvelle décision sujette à recours.

#### **E. 18**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 25 septembre 2013 annulée. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 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 300.-.

A/3452/2013 - 28/28 - 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.