

GE_GERICHTE ATAS/522/2013 vom 16. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_522_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/522/2013 du 16 mai 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/522/2013 del 16 maggio 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Quant à la recevabilité du recours, elle a déjà été établie précédemment, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-invalidité.

E. 4

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'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A/3479/2010 - 10/15 - 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 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

E. 5

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 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 Invaliden- versicherung, 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).

E. 6

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

A/3479/2010 - 11/15 - 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).

E. 7

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

A/3479/2010 - 12/15 - 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).

E. 8

En l'espèce, la Cour de céans a mis sur pied une expertise judiciaire afin de déterminer quelles étaient les répercussions des atteintes à la santé de l'assuré sur sa capacité de travail une fois son abstinence obtenue. Il y a lieu de se pencher avant tout sur la valeur probante du rapport du Dr I_____. Tout d'abord, et contrairement à ce que soutient l'intimé, le rapport de l'expert se fonde sur une anamnèse détaillée - encore précisée le 24 octobre 2012 -, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante. En particulier, les reproches émis par le médecin du SMR qui reproche à l'expert d'avoir "pris fait et cause pour l'assuré et ses psychiatres- traitants" de manière "parfaitement choquant" apparaissent totalement dénués de fondement. Le fait que l'expert ait défendu une opinion en contradiction avec celle du SMR - de manière parfaitement convaincante et étayée, ainsi qu'on le verra ci- dessous - ne suffit pas à faire douter de son impartialité. L'expert a expliqué en détails pour quelles raisons il s'est écarté de l'avis du médecin du SMR et notamment le fait que l'assuré présente l'évolution typique d'une personne souffrant d'une maladie schizophrénique. Il a ainsi relevé qu'étaient apparues dès l'enfance - c'est-à-dire avant le début de la consommation de cannabis - des difficultés relationnelles et sociales ainsi que des troubles de la concentration. L'expert a également expliqué de quelle manière le vécu paranoïde s'était développé dans le cadre de l'activité de l'assuré à X_____ et l'a décrit comme un processus progressif sur la base d'un trouble du sentiment d'identité et d'une faille dans la perception de l'environnement. L'expert a également relevé que des symptômes psychotiques s'étaient manifestés en l'absence de consommation, fait d'ailleurs confirmé par le médecin de l'hôpital où l'abstinence au cannabis a contrôlée. L'expert a relevé une symptomatologie

psychotique sous la forme de délires de grandeur et de persécutions variées. Il a admis qu'elle ne correspondait pas pleinement aux critères de la CIM-10 concernant la schizophrénie mais qu'elle était néanmoins importante et évidente. Le caractère récidivant et la bonne réponse au traitement neuroleptique évoquaient nettement un trouble du registre schizophrénique. A cet égard, on relèvera que les constatations de l'expert judiciaire sont corroborées par celles des médecins des HUG qui ont eux aussi relevé

A/3479/2010 - 13/15 - l'apparition de symptômes psychotiques dès février 2007, souligné leur sévérité et évoqué une maladie schizophrénique. Les explications données par le Dr I _____ à cet égard paraissent ainsi parfaitement convaincantes. La Cour relève que, tout comme l'expert judiciaire, le Dr F _____ a exclu une psychose liée à la consommation de cannabis. Avant même que l'assuré ne soit abstinent, le Dr F _____ émettait l'avis que l'abstinence ne mettrait pas fin aux troubles psychiques incapacitants. Les conclusions de l'expert selon lesquelles on est donc bien en présence d'une maladie psychique indépendante - bien qu'exacerbée par la consommation de cannabis - paraissent donc fondées. La Cour considère que, contrairement à ce que soutient l'intimé, l'expert a démontré de manière convaincante que l'on se trouve bien en présence d'une atteinte primaire invalidante. En définitive, il y a donc lieu de suivre les conclusions de l'expertise judiciaire, à savoir une atteinte psychique sévère sous forme de trouble schizophrénique présent depuis février 2007 au moins (date confirmée par le rapport du Dr B _____ et le rapport des Drs F _____ et E _____) et ayant entraîné à cette époque un épisode dépressif sévère. De même, il y a lieu de suivre l'expert quant à son évaluation de la capacité de travail. En effet, les limitations fonctionnelles décrites (trouble du sentiment d'identité et tendance à l'interprétation paranoïde, vécu de "concernement", difficulté à se situer dans le groupe avec tendance à se sous-estimer, vulnérabilité au stress et à l'exigence de rendement, difficulté à supporter les difficultés, décompensation périodique possible et difficultés à se structurer) paraissent de nature à justifier une limitation de la capacité de travail de 75%. Il y a certes eu une tentative de reprise du travail en juin 2007, mais elle s'est rapidement soldée par un échec. Ainsi que le précise l'expert, le taux d'incapacité de travail a ainsi varié de 100% à 75%, en fonction des décompensations, depuis février 2007. Sur ce point, il y a lieu de se référer aux rapports des HUG, qui concluent à une totale incapacité de travail de février à mai 2007 puis à nouveau depuis janvier 2008, étant précisé que, dans l'intervalle, selon le Dr B _____, l'incapacité a été également totale du 23 juin au 15 juillet 2007, puis de 50% jusqu'en février 2008. Le début de l'incapacité durable remonte donc bien à février 2007.

E. 9

Il convient à présent de déterminer le taux d'invalidité. a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quart de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il

A/3479/2010 - 14/15 - 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le

taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. b) En l'espèce, l'expert retient certes une capacité de travail de 25% mais il précise également que seul un environnement protégé pourra entrer en ligne de compte. Dans cette mesure, force est de conclure que le degré d'invalidité du recourant est tel qu'il lui ouvre droit à une rente entière d'invalidité. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis. .

A/3479/2010 - 15/15 - 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.