

# **GE\_GERICHTE ATAS/758/2019 vom 27. August 2019**

GE Cour de justice, 2019-08-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_758\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_758_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/758/2019 du 27 août 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/758/2019 del 27 agosto 2019

## **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 - E 2 05), 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. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

### **E. 2**

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2). Le litige ainsi défini porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

### **E. 3**

L'intimé a conclu à l'admission du recours dans son écriture du 19 mars 2019. En vertu de l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé. A contrario, si l'assureur a déjà envoyé sa réponse, il ne peut plus reconsidérer sa décision (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1/2011 du 5 septembre 2011 consid. 1.1 et les références). En l'espèce, la compétence conférée à l'intimé par la chambre de céans dans son arrêt incident du 27 juin 2018 portait uniquement sur l'octroi de mesures d'ordre professionnel, de sorte que l'acquiescement tardif de l'intimé aux conclusions du recours relatives au maintien du droit à la rente constitue une simple proposition à la chambre de céans.

### **E. 4**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de

A/2128/2018 - 9/13 - 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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. 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). L'invalidité est une notion économique et non médicale, et 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

#### **E. 5**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

#### **E. 6**

Selon l'art. 17 al. 1er LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais

A/2128/2018 - 10/13 - que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_117/2018 du 19 octobre 2018 consid. 5.1). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

#### **E. 7**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b. 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. À cet égard, il convient 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 ; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

A/2128/2018 - 11/13 - c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre

2008 consid. 3.2).

## **E. 8**

En l'espèce, le Dr G\_\_\_\_\_ a conclu à une pleine capacité de travail du recourant. Cette appréciation paraît cependant en contradiction avec ses observations, puisqu'il a à plusieurs reprises insisté sur le fonctionnement qualifié de « sociopathique » du recourant. Dans ce contexte, il a évoqué son absence de culpabilité par rapport aux condamnations pénales, son impossibilité à nouer des relations durables et à supporter les lois et les contraintes, et son agressivité et sa frustration sous-jacentes. L'expert a en outre souligné qu'on ne pouvait espérer de modification de ce fonctionnement. Ces traits rappellent les constatations cliniques qui avaient amené la Dresse C\_\_\_\_\_ à exclure toute capacité de travail du recourant en avril 2000. L'activité déployée par le recourant au sein de l'association F\_\_\_\_\_ ne suffit pas non plus à admettre qu'il aurait recouvré une pleine capacité de travail. En effet, on ne saurait assimiler la vente et la promotion de cannabis et de produits qui en sont dérivés à une activité lucrative. D'une part, il s'agit d'une activité qui pourrait relever d'une infraction pénale au sens de la loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup – RS 812.121), si bien qu'il est exclu d'y voir une activité adaptée au sens de l'assurance-invalidité. D'autre part, il n'est pas anodin que ce soit dans une activité dont l'expert reconnaît qu'elle est « à la limite de la légalité » que le recourant ait retrouvé un certain équilibre. On peut y voir la manifestation de la personnalité antisociale diagnostiquée tant par le Dr G\_\_\_\_\_

A/2128/2018 - 12/13 - que par le Dr E\_\_\_\_\_, et de l'impossibilité pour le recourant de supporter les contraintes et de respecter le cadre légal en raison de son atteinte psychique. Dans un tel cas, conformément à la jurisprudence, il faut se demander si la mise à profit d'une éventuelle capacité de travail peut raisonnablement être exigée et si elle est même supportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c). Au vu de la persistance du trouble de la personnalité, il y a lieu, à l'instar du service de réadaptation de l'intimé, de répondre à cette question par la négative. Partant, on ne saurait suivre le Dr G\_\_\_\_\_ lorsqu'il conclut à une capacité de gain complète dès janvier d'une activité adaptée dès janvier 2017. Le droit à la rente du recourant ne s'est ainsi pas modifié.

## **E. 9**

Le recours est admis. Le recourant a conclu à l'allocation d'un montant de CHF 5'250.- à titre de dépens. S'il a droit à une indemnité dès lors qu'il obtient gain de cause (art. 61 let. g LPGA), le droit cantonal prévoit que la juridiction peut allouer à une partie pour les frais indispensables occasionnés par la procédure, y compris les honoraires éventuels d'un mandataire, une indemnité de CHF 200.- à CHF 10'000.- (art. 6 du règlement genevois du 30 juillet 1986 sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative - RFPA - RSG E 5 10.03). En règle générale, les honoraires d'avocat sont fixés en fonction de l'importance et de la difficulté du litige, ainsi que d'après le travail et le temps que le mandataire a dû y consacrer (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 699/04 du 23 janvier 2006 consid. 2.3). En l'espèce, eu égard aux particularités de la cause, l'indemnité de dépens sera fixée à CHF 2'750.-. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé supporte l'indemnité de procédure de CHF 800.-. \* \* \* \* \*

A/2128/2018 - 13/13 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.