

## **GE\_GERICHTE A/1881/2021 vom 14. Dezember 2022**

GE Cour de justice, 2022-12-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1881\\_2021](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1881_2021)

FR: GE\_GERICHTE A/1881/2021 du 14 décembre 2022

IT: GE\_GERICHTE A/1881/2021 del 14 dicembre 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

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 1<sup>er</sup> janvier 2008).>![endif]>![if> Selon l'art 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente 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). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

#### **E. 9**

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).>![endif]>![if> 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen

(ATF 125 V 369 consid. 2). 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 351 consid. 3).

#### **E. 10**

De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).!

#### **E. 11**

En l'espèce, le recourant allègue une aggravation de son état de santé depuis la décision de l'intimé du 23 novembre 2016, confirmée par l'arrêt du Tribunal fédéral. Selon l'intimé, il n'y a pas de modification notable, motif pris que les conclusions de l'expertise ordonnée constituent une appréciation divergente d'une situation médicale inchangée. Il convient par conséquent de comparer la situation présentée au moment de la décision querellée à celle qui prévalait en 2016 au regard de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 30 juin 2016, en tenant compte des rapports médicaux produits et de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR du 20 mars 2021.

#### **E. 12**

L'intimé se fonde sur les conclusions de l'expertise de la CRR, aux termes desquelles la situation de l'assuré n'a pas notablement évolué depuis 2016. Concernant l'évaluation de la capacité de travail, qui est nulle dans toute activité, l'intimé souligne que l'appréciation des experts de la CRR diverge en réalité de celle des experts du CEMed, de sorte qu'il n'y pas motif à révision.

#### **E. 12.1**

La chambre de céans relève que l'expertise réalisée par la CRR comporte une anamnèse extrêmement fouillée et une description détaillée des symptômes présentés par le recourant, ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail. Dans leur appréciation consensuelle, les experts indiquent que les séquelles de l'AVC de 2013 sont un hémisyndrome sensitivo-moteur droit ainsi que des troubles cognitifs qui sont au premier plan des plaintes

de l'assuré. Sur le plan psychiatrique, les experts relèvent que la prise en compte de la biographie de l'assuré, en particulier l'évolution erratique de son parcours scolaire, professionnel, militaire et familial, est absente de l'expertise précédente. C'est depuis l'adolescence que s'est manifesté le trouble de la personnalité émotionnellement instable de type impulsif, trouble maladif décompensé depuis 2012 suite à l'accident. Cet accident, plus que l'AVC, a profondément précarisé l'assuré, bouleversant sa situation psychosociale et doit aussi être considéré comme responsable d'une altération durable de sa personnalité. L'accident a été responsable aussi d'un état de stress post-traumatique qui se traduit encore par des reviviscences intrusives portant sur l'accident, mais cet état n'a plus aujourd'hui de caractère de gravité. L'épisode dépressif sévère à l'origine de la grave tentative de suicide en 2014 est en rémission depuis 2015. Mais le trouble de la personnalité, aujourd'hui décompensé, est constitutif d'une maladie psychiatrique qui peut être considérée comme grave. ![/endif]>![if>

### **E. 12.2**

Les experts soulignent que l'assuré avait bénéficié de la réadaptation neurologique hospitalière, avec une évolution lentement favorable, mais incomplète. L'assuré est resté notablement diminué, comme devait en témoigner l'échec du stage en ergothérapie à Beau-Séjour en 2017. Pour expliquer leur appréciation largement divergente de la conclusion de l'expertise antérieure en termes de capacité de travail en fonction du déficit neuropsychologique, les experts de la CRR indiquent que les limitations fonctionnelles sont parfaitement décrites par le rapport neuropsychologique de 2016, et superposables aux leurs. En revanche, l'expertise neuropsychologique actuelle conteste l'interprétation qui en est donnée par le rapport final de l'expertise de 2016, dans lequel on ne trouve pas d'interprétation ni de validation des résultats de l'examen neuropsychologique. En outre, sur le plan psychiatrique, l'expertise antérieure a négligé les difficultés rencontrées par l'assuré à l'adolescence et sous-estimé la gravité du trouble de la personnalité. Si celui-ci a été correctement relevé comme présent depuis le début de l'âge adulte, la psychopathologie spécifique de cette atteinte a été peu investiguée, donc sous-estimée, et la décompensation n'a pas été perçue par le rapport antérieur. En particulier, l'aspect psychopathologique cérébro-organique (F06.7), pourtant bien présent, rapporté d'ailleurs par la neuropsychologue d'alors et confirmé par la neuropsychologue de la CRR, n'a pas été pris en considération dans l'appréciation consensuelle de 2016. Il s'ensuit que les difficultés secondaires à la fois aux troubles cognitifs et au trouble de la personnalité étaient sous-estimés dans le rapport final de cette expertise. Dans leur analyse, les experts de la CRR ont relevé la bonne cohérence du tableau. En définitive, les troubles neuropsychologiques à eux seuls réduisent à néant la capacité de l'assuré à travailler dans son activité antérieure de logisticien et l'atteinte psychiatrique complexe, ruinée par le trouble décompensé de la personnalité, rend illusoire la capacité de travail dans toute activité depuis le 12 janvier 2012. ![/endif]>![if>

### **E. 13**

Force est de constater, à l'instar du recourant, que le tableau clinique actuel n'est pas identique à celui de 2016. ![/endif]>![if>

#### **E. 13.1**

La chambre de céans constate tout d'abord que les experts de la CRR font état d'un nouveau diagnostic, l'atteinte cérébro-organique, qui n'a pas été relevée et donc pas prise en compte

en 2016. De même, la décompensation n'a pas été perçue par l'expertise antérieure.

Le 14 décembre 2017, le Professeur C\_\_\_\_\_, neurologue, faisait état d'une réduction de la fluence verbale, de troubles gnosiques liés surtout à la reconnaissance par les voies sensibles qui sont altérées et sur le plan superficiel et sur le plan profond, le tout suggérant une souffrance fronto-pariétale gauche. Ensuite, sur le plan psychiatrique, la chambre de céans constate que le recourant est suivi depuis janvier 2020 - et non depuis 2001 comme indiqué à tort ou par erreur dans l'expertise de la CRR - comme l'atteste la Dre F\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 17 février 2020 et 24 mai 2021. Selon les pièces du dossier, dans le passé, le recourant avait bénéficié d'un suivi psychiatrique à la suite de sa grave tentative de suicide en 2014, ce jusqu'à la fin de l'année 2014. Tel n'était ainsi plus le cas lors de l'expertise du CEMed de 2016, le recourant n'ayant alors plus de suivi psychiatrique, ni de prescription de psychotropes. Or, la psychiatre indique dans ses rapports des 20 février 2020 et 20 mars 2020 que l'état de santé de son patient s'est aggravé depuis une année nécessitant une prise en charge psychothérapeutique et médicamenteuse (Cipralax, Temesta). Elle relève qu'à la suite de son AVC, il n'avait pas été jugé nécessaire qu'il consulte un psychiatre, mais les conséquences psychiatriques tardives sont lentement apparues il y a une année environ, pour devenir suffisamment aiguës pour qu'il consulte. Parmi les symptômes somatiques impactant l'état psychiatrique du recourant, la psychiatre a constaté que les dyspraxies massives et répétitives sont évidentes dans les relations sociales de son patient depuis plus de sept ans. Cela impacte sérieusement l'estime qu'il a de lui-même et le précipite depuis maintenant une année dans un état dépressif et anxieux grave. Le risque suicidaire est malheureusement toujours d'actualité. Le syndrome de stress post-traumatique est chronique. A chaque micro-événement auquel il ne peut faire face adéquatement, il revit tous les aspects de l'accident sous forme de flashback, d'attaques de panique, de troubles compulsifs. Selon la psychiatre, l'évolution est lentement positive depuis le 16 janvier 2020 sous traitement médicamenteux, mais un soutien psychothérapeutique est indiqué. Le pronostic est néanmoins très réservé et la capacité de travail est nulle. Selon la psychiatre, toute recherche de travail actuellement ne fait que confronter le patient à ses manques irréversibles et péjore son état de santé en réactivant tous les symptômes du SSPT. Le Dr B\_\_\_\_\_, médecin traitant, partage l'avis de la psychiatre quant à l'incapacité de travail. Il convient de constater une aggravation sur le plan psychiatrique depuis 2019, ayant nécessité une prise en charge psychiatrique et médicamenteuse, les problèmes psychiatriques étant désormais massivement au premier plan, ce qui n'était pas le cas en 2016.

### **E. 13.2**

Concernant la capacité de travail telle qu'évaluée en 2016, la chambre de céans constate qu'elle a été infirmée par le stage effectué par le recourant en 2017, notamment en ergothérapie préprofessionnelle à Beau-séjour. Sur un temps de présence de 20%, le rendement a été de 5 % seulement. Il a été noté une fatigabilité importante. En raison des troubles de sensibilités superficielle et profonde, le recourant a peur d'utiliser sa main droite, ayant vécu des expériences de blessures. L'ergothérapeute a conclu qu'il semble difficilement envisageable que l'assuré puisse prétendre à une activité sur le premier marché du travail. Elle a aussi observé qu'en abordant la question d'une augmentation du temps de présence, cela a beaucoup perturbé l'assuré, car cela venait à changer toute la routine déjà mise en place et il craignait de ne plus avoir les mêmes repères. Il a été constaté qu'il était difficile et parfois anxiogène pour l'assuré de modifier ses habitudes. Par ailleurs, en fin de stage, des difficultés d'ordre médical l'ont fortement perturbé sur le plan

psychique et moral. **Force est de constater que la capacité de travail du recourant a évolué défavorablement.**

### **E. 13.3**

Même si l'évolution sur le plan psychique a été lentement favorable sous traitement, le recourant n'a en revanche pas recouvré une capacité de travail. En effet, compte tenu de la gravité des troubles psychiatriques et neuropsychologiques, l'incapacité de travail de 100% suite à l'aggravation attestée par la psychiatre depuis 2019 à tout le moins n'a pas évolué favorablement ; elle était toujours totale lors du dépôt de la demande en janvier 2020 et elle est toujours totale dans toute activité selon les experts de la CRR.

### **E. 13.4**

Par conséquent, compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il convient d'admettre que la situation sur le plan psychiatrique et neuropsychologique a évolué défavorablement depuis la décision de 2016, à la fois sur le plan de la capacité de travail depuis 2017 et depuis le début de l'année 2019 sur le plan psychiatrique, entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis janvier 2019 en tout cas.

### **E. 14**

L'art. 28 al. 1 LAI prévoit les conditions d'octroi de la rente. Entre autres exigences, l'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b). L'art. 29 al. 1 LAI établit le moment où naît le droit à la rente, soit 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. Ces dispositions s'appliquent également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations. En d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (cf. ATF 140 V 2 consid. 5.3 p. 7 et arrêt 9C\_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6) ; ATF 9C\_302/2015 du 18 septembre 2015, 8C\_629/2021 du 2 août 2021). En l'espèce, compte tenu de l'aggravation sur le plan psychiatrique depuis janvier 2019 au moins, induisant une incapacité de travail de 100%, le recourant présente un degré d'invalidité de 100%, de sorte qu'il a droit à une rente entière d'invalidité six mois après le dépôt de sa demande, soit depuis le 1 er juin 2020.

### **E. 15**

Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, est admis et la décision de l'intimée annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- 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 matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**