

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3855/2010

ATAS/814/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 septembre 2011

9<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur P\_\_\_\_\_, domicilié à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO      recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève      intimé

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Luis ARIAS, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur P \_\_\_\_\_, né en 1967, a présenté le 3 octobre 2003 une demande de prestations à l'assurance-invalidité, exposant avoir "souffert de douleurs dans le dos à cause du poids lourd" lorsqu'il travaillait, selon ses indications, à la COOP.
2. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, le médecin traitant de l'assuré a expliqué qu'il n'y avait aucun élément plaidant en faveur de prestations AI, l'assuré souhaitant "coûte que coûte obtenir le bénéfice de l'AI". Cette dernière a donc rejeté la demande le 30 juin 2004.
3. Le 25 mars 2010, l'assuré a déposé une nouvelle demande de rente, fondée sur des affections psychiatriques, présentes depuis mai 2009.
4. Selon le rapport du 15 avril 2010 de son médecin traitant, le Dr A \_\_\_\_\_, psychiatre, son patient souffrait d'un état dépressif sévère. Il était sous traitement psychothérapeutique et médicamenteux depuis juin 2009, sans qu'une amélioration se soit produite. Il était "totalement incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles et ménagères" et sa capacité de travail était nulle. L'évolution était défavorable et le pronostic n'était pas bon. C'était la raison pour laquelle "il nécessitait un nouveau formulaire de demande de rente AI".
5. Le même praticien a retenu, dans le rapport établi à l'attention de l'OAI, le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) et une anxiété généralisée (F41.1). A la suite de l'accident vasculaire cérébral de son enfant à l'âge de 2 mois, le patient avait développé des symptômes anxio-dépressifs. Il souffrait de troubles du sommeil, de fatigue morale et physique, de tristesse, d'angoisse, de stress, de manque de concentration avec des troubles de la mémoire, d'humeur déprimée, de perte d'intérêt, de plaisir, d'estime de soi et de confiance, était habité par un sentiment de désespoir et une incapacité à faire face à ses responsabilités habituelles. Il suivait un traitement psychothérapeutique et médicamenteux (Cymbalta, Tranxilium et Zolpidem).
6. A la demande du service médical régional (SMR) de l'OAI, le Dr A \_\_\_\_\_ a procédé à des tests sanguins, afin de vérifier la compliance de son patient. Les résultats sanguins du 8 juillet 2010 ont révélé un dosage de Cymbalta très faible, ce qui montrait, selon le Dr A \_\_\_\_\_, que le patient "est effectivement contre la prise de médicaments antidépresseurs". Le Dr A \_\_\_\_\_ précisait qu'il n'était pas convaincu que son patient ait pris les antidépresseurs précédemment prescrits. Il était cependant suivi de manière régulière en psychothérapie.
7. L'OAI a établi un projet de décision refusant toute prestation au motif que l'assuré ne présentait pas d'atteinte invalidante à la santé. Il a rendu, le 11 octobre 2010, une décision allant dans ce sens.

Selon le rapport du SMR, l'assuré n'était "pas observant avec présence minimale d'antidépresseur dans le sang". Il ne pouvait donc être considéré qu'il présentait une affection durablement incapacitante, malgré le traitement suffisant. De plus, l'assuré ne présentait pas une atteinte psychique incompatible avec l'exigence au traitement adéquat. Cette exigence au traitement adéquat devait impérativement lui être faite "correspondant à la réduction du dommage que l'on attend de lui".

8. Par acte expédié le 10 novembre 2010, l'assuré recourt contre la décision du 11 octobre 2010, dont il demande l'annulation. Il sollicite une rente entière d'invalidité et fait valoir que le dossier n'a pas suffisamment été instruit.

Complétant son recours dans le délai imparti pour ce faire par la Cour de céans, il expose que son fils, né le 20 janvier 2008, a subi un grave accident vasculaire cérébral à l'âge de deux mois. Son épouse et lui avaient été suspectés d'avoir "secoué" l'enfant, de sorte que celui-ci leur avait été retiré en urgence et une procédure pénale engagée à leur encontre. Par la suite, il s'était avéré que les médecins avaient commis une erreur de diagnostic. L'épouse du recourant était tombée en dépression. Le couple avait fini par se séparer. Le recourant avait vécu ces épisodes comme "un véritable tsunami", dont il ne s'était pas remis.

En sus de ses conclusions précédentes, il concluait à l'audition de son médecin-traitant, le Dr A \_\_\_\_\_, et à l'établissement d'une expertise psychiatrique.

9. Dans sa réponse, l'OAI relève que l'assuré n'a pas suivi tous les traitements exigibles de lui. Il a donc conclu au rejet du recours.
10. Répondant aux questions écrites de la Cour, le Dr A \_\_\_\_\_ a précisé, le 19 mai 2011, qu'il suivait le patient depuis le 3 juin 2009, que celui-ci était toujours en traitement auprès de lui, de manière hebdomadaire. Depuis juillet 2010, son patient prenait régulièrement sa médication, comme le confirmaient les examens sanguins effectués en mars et mai 2011. Malgré la compliance, le patient n'avait pas montré d'évolution favorable et sa capacité de travail était - avec ou sans médicament - nulle.

Ces réponses ont été adressées aux parties.

11. Le recourant a expliqué que la mise en place du traitement médical avait pris un certain temps, car les premiers médicaments prescrits avaient provoqué des vertiges ainsi que de l'anxiété et des cauchemars. A la suite de l'examen sanguin pratiqué en juillet 2010, son médecin lui avait clairement expliqué l'importance du traitement médicamenteux. Depuis lors, il s'était conformé aux prescriptions de son médecin. Il maintenait ainsi ses conclusions.

La cause a ensuite été gardée à juger.

---

## EN DROIT

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 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 60 et 61 let. b LPGA).

2. Le recourant se plaint du manque d'investigation médicale dans son dossier, soutenant qu'en raison de son état de santé, sa capacité de travail est nulle.
  - a) 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 5 9 consid. 2b et références citées).

- b) D'après la jurisprudence, on applique dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences

---

de son invalidité (ATF 134 V 64 consid. 4; 123 V 233 consid. 3c; 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités). Plus particulièrement, l'assurance peut réduire ou refuser temporairement ou définitivement ses prestations si l'assuré se soustrait ou s'oppose, dans les limites de ce qui peut raisonnablement être exigé de lui, à un traitement susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail. Elle doit, cependant, faire précéder son refus par une mise en demeure écrite avertissant l'assuré des conséquences juridiques et lui impartir un délai de réflexion convenable (art. 21 al. 4 LPGA).

- c) 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 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).
- d) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'attitude de l'assuré, qui, selon les examens sanguins pratiqués le 8 juillet 2010, n'observait pas la prescription médicamenteuse de son médecin traitant. Si le manque de collaboration du recourant était susceptible de justifier un refus ou une réduction de prestation, une telle conséquence ne pouvait intervenir qu'après une mise en demeure formelle, conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA. Celle-ci n'a toutefois pas eu lieu in casu, de sorte que la décision querellée doit être annulée pour ce motif.

Selon le Dr A\_\_\_\_\_, qui a procédé à des examens sanguins réguliers - en tous cas en mars et mai 2011 -, le recourant se conforme désormais au traitement prescrit. Une mise en demeure n'est, donc, a priori plus nécessaire. En revanche, il conviendra de procéder aux investigations médicales nécessaires en nommant un expert psychiatre afin de déterminer si le recourant présente, malgré l'observance du traitement tant thérapeutique que médicamenteux, une incapacité de travail, comme le retient son psychiatre. Le présent renvoi en vue d'instruction ne viole, en l'espèce, ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206; RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Par ailleurs, une telle démarche ne prolongera pas de manière disproportionnée la procédure de l'assurance-invalidité, la demande de prestations datant de mars 2010.

3. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 611 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; ATF 122 V 278, consid. 3e/aa). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

\* \* \*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision du 11 octobre 2010.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction, dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de 1'000 fr. en faveur du recourant.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Maryse BRIAND

La présidente

Florence KRAUSKOPF

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le