

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/833/2013

ATAS/252/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 4 mars 2014**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur T\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur T\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1962, a obtenu en 1988 un certificat de capacité de X\_\_\_\_\_, auprès de laquelle il travaillait depuis lors à 100%, en qualité de collaborateur en distribution.
2. Son salaire en 2012 s'élevait à CHF 76'760.- pour un horaire de 42 h./ semaine. Il a été absent pour cause de maladie depuis le 9 septembre 2011. L'assuré est divorcé de sa seconde épouse depuis février 2011.
3. Suite à une annonce le 23 novembre 2011 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) par son employeur, au titre de la détection précoce, l'assuré a été entendu le 16 décembre 2012. Il a déclaré qu'il était victime de mobbing et recherchait un autre emploi en dehors de X\_\_\_\_\_, encouragé dans ce sens par son médecin.
4. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité le 5 mars 2012 en raison d'une dépression due au stress permanent sur le lieu de travail impliquant des brûlures d'estomac, de l'anxiété, de la fatigue, etc.
5. La Dresse A\_\_\_\_\_, généraliste, qui suit l'assuré depuis novembre 2011, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation-réaction dépressive prolongée (F43.21) depuis lors, ainsi que, sans effet sur la capacité de travail, une gastrite et de l'hypertension artérielle. Suite à des conditions de travail éprouvantes, l'assuré présentait des insomnies, ruminations, de l'irritabilité, de l'agressivité, avec des gestes hétéro-agressifs. Il était totalement incapable de travailler mais retrouvera une pleine capacité de travail dès que sa hiérarchie l'aura déplacé dans un autre poste (rapport du 13 mars 2012). L'état restant stationnaire, l'assuré a été adressé à la consultation psychiatrique de la Servette par son médecin traitant mi-juin 2012. L'assuré était révolté et en conflit ouvert avec ses supérieurs s'agissant des nouvelles méthodes de gestion du travail et du personnel. Il présentait un trouble anxio-dépressif, de l'irritabilité mais, après une période de méfiance, il était compliant envers le traitement et un éventuel suivi thérapeutique. L'assuré était totalement incapable de travailler dans le contexte professionnel actuel et il était conseillé un changement radical d'environnement, ainsi que la poursuite du traitement médicamenteux et d'un suivi thérapeutique régulier (rapport de M. U\_\_\_\_\_, psychologue auprès de la consultation ambulatoire de la Servette du 29 août 2012).
6. Selon le rapport de l'OAI du 4 décembre 2012, lors de l'entretien du 26 avril 2012, l'assuré a témoigné d'une forte agressivité envers son employeur auprès duquel il n'envisageait aucun retour, malgré les propositions de réinsertion à l'interne, se disant tout à fait capable de reprendre une activité professionnelle ailleurs et informant l'OAI des démarches entreprises pour rechercher un autre emploi.

X\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs mandaté la société Y\_\_\_\_\_ pour un accompagnement à la réinsertion professionnelle. Sans nouvelles de l'assuré, l'OAI l'a convoqué pour un point de situation le 4 décembre 2012 auquel il ne s'est pas présenté.

Selon l'avis du SMR du 21 décembre 2012, la situation n'était pas du domaine de l'AI, puisque le médecin admettait que l'assuré pouvait être actif à plein temps dans un poste différent, les seules limitations fonctionnelles étant une faible résistance au stress, aux contrariétés et à la frustration qui se manifesteraient dans toute activité sans distinction, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'un problème médical mais d'un conflit de travail qui pourrait être réglé par un simple changement de poste.

7. Par projet du 2 janvier 2013, confirmé par décision du 11 février 2013, l'OAI a refusé toute prestation à l'assuré au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé et qu'il n'y avait donc pas de lien de causalité entre l'incapacité de gain et une atteinte à la santé.
8. Par acte du 9 mars 2013, l'assuré a formé recours. Il était sans emploi depuis octobre 2011, souffrant de troubles psychiques, nerveux, liés à sa personnalité car il dégageait une forme de nervosité intérieure qu'il ne contrôlait pas suffisamment, ainsi que de l'agressivité pour son entourage. Il était déprimé, des idées de suicide le traversaient, sans être capable de reconstruire une vie normale. Il se sentait inutile, manquait de confiance, connaissait des angoisses, des insomnies, de l'agitation intérieure et de l'épuisement et il était régulièrement suivi par le Département de santé mentale et de psychiatrie de la Servette. Le recourant n'a produit aucune pièce.
9. Le 8 avril 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, au motif que l'arrêt de travail de l'assuré était lié aux difficultés relationnelles qu'il rencontrait dans son poste de travail, le médecin traitant attestant d'une pleine capacité de travail dans une autre activité, cette évaluation étant corroborée par les déclarations de l'assuré lors des entretiens à l'OAI.
10. Ce préavis a été transmis à l'assuré avec un délai pour consulter le dossier, cas échéant des pièces ou des observations.
11. La Cour a interrogé les médecins de l'assuré qui se sont déterminés ainsi:
  - a) Le Département de santé mentale et de psychiatrie de la Servette a indiqué le 28 juin 2013 que l'assuré n'était plus suivi au CAPPI depuis le 4 avril 2013 et qu'il convenait de contacter la Dresse B\_\_\_\_\_ à la Fondation Phenix.
  - b) La Dresse B\_\_\_\_\_, psychiatre-psychothérapeute FMH auprès de la Fondation Phenix a indiqué le 18 juillet 2013 que l'assuré souffrait d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. L'incapacité de travail de l'assuré

était totale, aussi bien dans son ancien poste de travail que dans une autre activité. S'agissant des symptômes et limitations fonctionnelles, le patient présentait une agitation psychomotrice, associée à une tension interne. Son humeur était triste et il était négatif vis-à-vis de lui-même, en ayant de la peine à se projeter vers l'avenir. Il se plaignait d'un sentiment d'insuffisance et d'inutilité. Les ruminations étaient persistantes, centrées sur un constat d'échec. Il présentait en outre une perte d'intérêt pour les activités de loisirs et de plaisirs, vivait de façon isolée et présentait des idées noires sans projet suicidaire. Les limitations étaient une baisse de la concentration, de l'attention, de l'énergie vitale et une diminution de la tolérance au stress. Les consultations étaient bimensuelles. Le traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré consistait en des entretiens combinés à un traitement pharmacologique associant un antidépresseur (Cipralax 20 mg/jour) et un antipsychotique (Seroquel 50 mg/jour) et un hypnotique (Dalmadorm 30 mg/jour). La compliance au traitement était bonne. Le patient restait symptomatique malgré le traitement et l'état dépressif évoluait malheureusement vers la chronicité. Un changement de médication était envisagé et la capacité de travail serait réévaluée en fonction de la réponse à ce traitement.

c) Le Dr C \_\_\_\_\_, médecin répondant de l'assuré au CAPPI jusqu'en avril 2012, n'a jamais répondu malgré plusieurs relances

12. L'OAI a suggéré, le 17 octobre 2013, de réinterroger la Dresse B \_\_\_\_\_ s'agissant du début du suivi, de l'anamnèse, du status et de l'évolution du traitement.

13. Celle-ci a répondu le 18 décembre 2013 aux questions de la Cour. Elle avait débuté le suivi le 2 mai 2013, le patient l'ayant contactée sur conseil du Dr C \_\_\_\_\_. Selon les informations recueillies auprès du patient et dans les rapports médicaux, l'anamnèse indiquait que l'assuré était divorcé, père de deux filles avec lesquelles il entretenait un lien proche. Son père, avec lequel il n'avait plus de contacts, était décrit comme autoritaire et violent. L'assuré avait travaillé pendant 28 ans chez X \_\_\_\_\_ essentiellement comme \_\_\_\_\_. Il présentait une symptomatologie anxio-dépressive survenue dans le contexte d'un conflit avec sa hiérarchie, en septembre 2011. La Dresse A \_\_\_\_\_ avait retenu un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée en décembre 2011. Sous le traitement, l'état clinique était resté stationnaire, raison pour laquelle la patient avait été adressé à la consultation psychiatrie de la Servette. En raison d'une péjoration de l'état clinique, avec apparition d'idées suicidaires actives, en janvier 2013, l'assuré avait été adressé pour une prise en charge de crise au Centre de thérapie brève. L'évolution avait été marquée par un amendement des idées suicidaires mais, face à la persistance de l'état dépressif, une prise en charge individuelle avait été initiée par la Dresse B \_\_\_\_\_. Le changement de médication envisagé n'avait pas été mis en œuvre. En effet, après la pause de l'été,

l'assuré avait arrêté son traitement médicamenteux, retrouvé l'élan pour faire des recherches d'emploi, cette décision lui semblant importante pour l'avenir et lui permettant de se reprendre en mains. Le status psychiatrique mentionnait : tension interne, collaborant, thymie neutre, affects légèrement tristes, discours cohérent, rationalisé, activation psychomotrice (marche-recherches d'emploi), pas de trouble de sommeil, pas d'idée suicidaire, optimiste face à l'avenir. S'agissant de l'évolution du traitement, à la demande du patient et depuis septembre, les entretiens ont été espacés à raison de deux fois par mois, puis une fois par mois. Une reprise du travail à 100% a été effectuée. Le patient a été rendu attentif aux signes cliniques de rechute dépressive.

14. Un délai au 22 janvier 2014 a été fixé aux parties pour conclure. L'OAI a proposé le renvoi du dossier pour instruction complémentaire par pli du 22 janvier 2014, sur la base de l'avis du SMR. Selon ce dernier, le suivi par la Dresse B \_\_\_\_\_ avait été postérieur à la décision attaquée du 11 février 2013, de sorte qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur la période antérieure à son suivi. Cela étant, l'assuré avait été envoyé au CTB en janvier 2013 pour une aggravation de l'état psychique, soit avant la décision de refus mais après le projet. La décompensation dépressive étant intervenue après le projet de décision, il serait souhaitable de reprendre l'instruction.
15. L'assuré ne s'est pas manifesté et la cause a été gardée à juger le 27 janvier 2014.

## EN DROIT

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 E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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.

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.
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 1<sup>er</sup> 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).
4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur l'existence d'une incapacité de travail due à la maladie.
6. a) 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).  
  
b) 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.

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

c) Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

d) 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 malade, 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; ATFA non publié 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

7. 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).

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 LPGA), 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).

8. En l'espèce, l'assuré est en arrêt de travail à 100% depuis le 9 septembre 2011. Il ressort de l'ensemble des rapports médicaux réunis par l'OAI avant la décision du 11 février 2013 que l'assuré présentait un état anxio-dépressif lié à un important conflit professionnel, mais que dans un autre poste ou une autre entreprise, moyennant la poursuite du traitement psychothérapeutique et médicamenteux, il disposait d'une pleine capacité de travail. Aucun rapport médical ne retient d'incapacité de travail dans un autre emploi avant la décision. D'ailleurs, entendu par l'OAI en avril 2012, l'assuré a confirmé qu'il recherchait activement un autre emploi. X\_\_\_\_\_ avait au surplus mis sur pied un projet de réinsertion.

C'est donc sur la base des renseignements médicaux des médecins et psychologues de l'assuré que le SMR a estimé en novembre 2012, à juste titre, qu'il ne s'agissait pas d'un problème médical mais d'un conflit de travail qui pourrait être réglé par un simple changement de poste. Les rapports médicaux au dossier et cet avis étant

convaincants, il n'y avait pas lieu de s'en écarter à défaut d'un avis médical divergeant. La décision du 11 février 2013 était donc correctement fondée sur l'appréciation médicale du SMR.

Il est toutefois apparu dans le cadre de l'instruction ordonnée par la Cour que l'état de santé de l'assuré avait subi une aggravation en janvier 2013, après la notification du projet de refus de l'OAI, qui avait nécessité une prise en charge de crise au CTB, en raison d'idées suicidaires, la poursuite du suivi au CAPPI jusqu'au 4 avril 2012, puis un suivi spécialisé par la Dresse B \_\_\_\_\_, psychiatre, dès le 2 mai 2013. Cela étant, les rapports médicaux de ce psychiatre-traitant ne permettent pas de retenir que l'assuré aurait été totalement incapable de travailler dans toute activité dès le mois de janvier 2013. Elle retient en effet un état dépressif de gravité moyenne et non pas sévère, avec une prise en charge bimensuelle jusqu'en septembre 2013. Depuis lors, soit avant l'échéance du délai de carence d'un an dès début janvier 2013, le suivi a pu être espacé à une séance mensuelle, avec un arrêt de la médication et un certificat de reprise du travail. Cela étant, comme le soulève cette psychiatre, le risque de rechute n'est pas exclu et la fin du traitement a été décidé à la demande du patient. Il convient donc de renvoyer la cause à l'OAI afin qu'il procède à une instruction complémentaire, d'abord auprès de la Dresse B \_\_\_\_\_, afin de savoir si l'amélioration s'est confirmée, puis, en cas de rechute, en procédant à un examen ou une expertise psychiatrique de l'assuré, afin de déterminer l'évolution de son état et de sa capacité de travail dès janvier 2013. Le cas échéant, l'apport de l'éventuel avis médical du médecin-conseil de X \_\_\_\_\_ – l'assuré étant vraisemblablement toujours employé et salarié – serait utile.

9. Le recours est partiellement admis, la décision du 11 février 2013 est annulée et la cause est renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants. Compte tenu du fait que, lors de la décision litigieuse, aucune aggravation de l'état de santé de l'assuré n'avait été portée à la connaissance de l'OAI, la Cour renoncera à mettre à la charge de l'intimé un émolument.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement, annule la décision du 11 février 2013 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
3. Renonce à la perception d'un émolument.
4. 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

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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