

## **GE\_GERICHTE ATAS/1214/2008 vom 29. Oktober 2008**

GE Cour de justice, 2008-10-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1214\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1214_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1214/2008 du 29 octobre 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1214/2008 del 29 ottobre 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 12**

Cette écriture a été communiquée à l'assuré en date du 2 juillet 2008.

#### **E. 13**

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

A/1737/2008 - 6/10 - 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité. 5. 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). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité propre à ouvrir un droit aux prestations entrant en considération. 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 (art. 7 LPGA). 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1er 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. 6. 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 maladif, 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; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). 7. 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. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

A/1737/2008 - 7/10 - 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).

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA). Toutefois, si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 consid. 3a).

Enfin, 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). 8. En l'espèce, le Dr L \_\_\_\_\_, médecin traitant, a diagnostiqué un état dépressif chronique d'intensité sévère ainsi qu'un trouble anxieux avec attaques de panique et phobie sociale qui l'empêchent de travailler. La Dresse M \_\_\_\_\_, psychiatre traitant a quant à elle retenu un trouble dépressif récurrent sévère avec des traits de personnalité anxieuse et obsessionnelle depuis l'adolescence. Elle ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail du recourant, mais a indiqué que le pronostic était réservé en raison de la gravité des troubles. En présence d'une atteinte à la santé psychique, c'est à juste titre que l'intimé a ordonné une expertise psychiatrique. Le Dr N \_\_\_\_\_ a diagnostiqué divers troubles, dont un trouble dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité légère, une personnalité immature à fonctionnement passif-dépendant et un isolement psychosocial. L'expert n'a pas relevé une

anxiété généralisée, ni d'agoraphobie ou de phobie sociale. Il a expliqué que l'élément essentiel est une personnalité immature et passive-dépendante, avec peut-être quelques traits obsessionnels qui relèvent d'une certaine complaisance et une tendance au parasitisme social. Ces troubles entraînent une incapacité de travail de 20 % dans des activités simples, y compris celle d'aide-bibliothécaire. L'expert indique que ces activités peuvent être

A/1737/2008 - 8/10 - exercées sans diminution de rendement à 80 %, si le recourant en avait la motivation, ce qui reste à démontrer. Des mesures de réadaptation ne sont pas indiquées, le recourant disposant de toutes les compétences nécessaires. Le Tribunal de céans constate que le rapport d'expertise réalisé par le Dr N\_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits exigés par la jurisprudence pour se voir attribuer pleine valeur probante. L'expert s'est fondé sur le dossier médical complet, il a effectué un examen clinique, le rapport comporte une anamnèse détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en compte. Enfin, l'expert, après avoir posé ses diagnostics au regard d'une classification reconnue, a procédé à une discussion et appréciation du cas dont les conclusions apparaissent claires et bien motivées. L'appréciation divergente du Dr L\_\_\_\_\_, au demeurant non psychiatre, ne permettent pas au Tribunal de céans de s'écarter des conclusions de l'expertise. Quant aux griefs formulés par le recourant à l'encontre du Dr N\_\_\_\_\_, ils ne sont pas de nature à remettre en cause la valeur probante de son expertise. Si le recourant a pu ressentir négativement certaines remarques ou questions de l'expert, il convient de relever que les points négatifs relevés par ce dernier (tendance au parasitisme social) sont à rattacher aux traits de sa personnalité. Il convient en conséquence de retenir que le recourant présente une capacité de travail de 80 % dans toute activité adaptée, y compris dans son activité habituelle. 9. Reste à examiner si le recourant peut prétendre à des mesures de réadaptation. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux

A/1737/2008 - 9/10 - circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8

al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). En l'espèce, il convient de relever que le recourant dispose d'une solide formation qui lui permet d'exercer sans difficulté une activité adaptée et qu'une mesure de réadaptation ne permettrait pas d'améliorer sa capacité de gain. En revanche, il a la possibilité de solliciter une aide au placement (art. 18 LAI). 10. Mal fondé, le recours est rejeté. 11. Un émolument de 200 fr. est mis à charge du recourant, qui succombe (cf. art. 69 al. 1bis LAI).

A/1737/2008 - 10/10 -

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