

## **GE\_GERICHTE ATAS/1239/2008 vom 5. November 2008**

GE Cour de justice, 2008-11-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1239\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1239_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1239/2008 du 5 novembre 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1239/2008 del 5 novembre 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 18 avril 2008.

#### **E. 16**

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'article 56 de la loi fédérale sur la partie

A/710/2008 - 6/11 - 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 prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). 4. Le litige consiste à déterminer si la recourante présente une atteinte à la santé dans une mesure ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 5. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels.

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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 (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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution

résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

A/710/2008 - 7/11 - Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, 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. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATF non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). 6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur 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)

A/710/2008 - 8/11 - En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au

demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). 7. En l'espèce, la recourante présente selon le médecin traitant une psychose maniaco-dépressive, entraînant une incapacité de travail de 100 % depuis le 15 septembre 2005. La Dresse A \_\_\_\_\_, psychiatre, chez qui la recourante est en traitement depuis le 18 octobre 2005, a diagnostiqué une dépression majeure récurrente d'intensité moyenne pour l'épisode actuel, à caractère saisonnier. Elle avait proposé une reprise de travail à 50 % au début novembre 2005, ce que l'employeur a refusé. Une amélioration notable était survenue en été 2006, suivie d'une nouvelle décompensation au début du mois de septembre. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques du 2 octobre 2006, la Dresse A \_\_\_\_\_ a indiqué que les troubles entraînaient une perte de la capacité de travail de 50 % actuellement, mais qui restait à prouver par l'essai de réinsertion. Le

#### **E. 17**

mars 2007, la psychiatre a indiqué qu'il n'y avait pas de critères en faveur d'un trouble bipolaire, mais tous les critères pour une dépression majeure récurrente, de caractère saisonnier, résistant aux divers traitements dans les périodes critiques. Le 9 mai 2007, la Dresse A \_\_\_\_\_ a informé l'intimé qu'une reprise même à 50 % était actuellement impossible, au vu de la rechute. Une reprise de travail à 50 % pourrait être envisagée si l'état thymique se stabilise. Dans son rapport d'expertise du 23 juillet 2007, le Dr B \_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostic le plus probable celui de dysthymie et de trouble dépressif récurrent en rémission. Le comportement "passif-agressif" perçu lors du présent examen pourrait traduire un trait de personnalité pathologique. L'expert explique que cela serait compatible avec la dysthymie, dont le côté "caractérologique" le rapprochant des troubles de la personnalité a été relevé de longue date. Toutefois, seule une observation prolongée permettrait d'étayer le diagnostic de trouble de la personnalité, qui reste à définir. L'expert relève qu'hormis l'instabilité thymique et l'histoire de ruptures à répétition dans la vie professionnelle (et familiale), il n'y a pas d'indices cliniques francs dans l'histoire de l'expertisée plaidant en faveur d'un véritable trouble de la personnalité. Dans la discussion du cas, l'expert mentionne que le tableau clinique est difficile à évaluer, car les données sont diverses et parfois contradictoires, selon leur source. L'expertisée se dit toujours très déprimée actuellement, alors qu'objectivement il n'y a pratiquement pas de signes objectifs de dépression (pas de ralentissement, beaucoup d'énergie pour se plaindre des autres,

A/710/2008 - 9/11 - pas d'auto-dépréciation) et que la psychiatre traitante reconnaît une amélioration thymique actuelle (période intercritique). S'agissant de la métabolisation lente mentionnée par la psychiatre traitante, l'expert souligne qu'aucun dosage du taux plasmatique des médicaments n'a été effectué, de sorte qu'on n'a pas pu mettre en évidence une corrélation entre des dosages prescrits bas et des taux plasmatiques élevés. Cependant, même s'il devait être avéré que l'expertisée est une "métabolisatrice lente", par monitoring thérapeutique, cela ne devrait pas empêcher un traitement et une réponse thérapeutique, avec des prescriptions adaptées. Pour l'expert, le diagnostic de trouble dépressif récurrent à caractère saisonnier ne lui paraît pas solidement étayé pour être retenu pour le moment, au vu de l'anamnèse recueillie auprès de l'assurée, qui met en avance une instabilité professionnelle et une intolérance aux contrariétés dans ses interactions avec les autres. Par ailleurs, le traitement de choix du trouble affectif saisonnier "classique" (fin de l'automne-hiver), la luminothérapie, n'a pas été appliqué chez l'expertisée. L'expert précise qu'il n'a pas

trouvé dans la littérature la mention d'un syndrome dépressif saisonnier du printemps, ni d'une association dépression saisonnière de l'automne plus dépression saisonnière du printemps. S'agissant de la capacité de travail, les limitations professionnelles liées à l'état thymique tiennent surtout à la fatigabilité chronique subjective qui n'entraîne pas de diminution supérieure à 25 % dans l'activité habituelle, depuis le 15 septembre 2005. S'agissant du trouble dépressif récurrent, il n'a jamais eu un caractère sévère et est actuellement en rémission. Il n'entraîne donc pas, pour le moment, d'incapacité durable. L'expert indique cependant que la situation devrait être réévaluée si l'expertisée devait présenter à l'avenir des épisodes dépressifs résistants et atteignant le degré sévère. Quant au pronostic, l'expert indique que l'état clinique devra être suivi attentivement pour repérer une éventuelle évolution permettant de clarifier le diagnostic. Le traitement devrait être simplifié et stabilisé. En cas d'aggravation de l'état thymique, le recours à une structure intermédiaire pourrait être utile pour aider à préciser le diagnostic et mieux cibler le traitement. La recourante considère qu'au vu de l'incertitude quant au diagnostic, le rapport d'expertise ne saurait se voir conférer pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Le Tribunal de céans constate en premier lieu qu'un trouble de la personnalité n'a, en l'état, pas été mis en évidence par les spécialistes en psychiatrie. En revanche, ces derniers divergent quant au diagnostic de thymie ou de trouble dépressif récurrent à caractère saisonnier, ainsi que sur les conséquences de ce diagnostic sur la capacité de travail de la recourante. A cet égard, l'expert a clairement expliqué pour quelles raisons il considérait que le trouble dépressif récurrent n'était pas suffisamment étayé en l'état. Il a toutefois noté une incertitude quant au diagnostic et a également clairement indiqué que l'état clinique devait être suivi attentivement pour repérer une éventuelle évolution permettant de clarifier le diagnostic.

A/710/2008 - 10/11 - Or, la recourante a communiqué à l'intimé, avant la décision litigieuse, un rapport détaillé établi par la Dresse A\_\_\_\_\_ en date du 13 janvier 2008, dans lequel elle décrit l'évolution de son état de santé, les traitements entrepris et retient le diagnostic d'épisode dépressif majeur évoluant d'un seul tenant avec des aggravations saisonnières, résistant aux divers traitements. L'intimé n'en apparemment pas tenu compte, sans en préciser les motifs. Il s'agit-là cependant d'éléments qui auraient dû conduire l'intimé à effectuer une instruction complémentaire, dans le sens proposé par l'expert, afin de déterminer si le diagnostic pouvait être clarifié. En l'état actuel du dossier, le Tribunal de céans ne saurait tirer des conclusions définitives sur l'état de santé de la recourante et ses répercussions sur la capacité de travail. La cause sera en conséquence renvoyée à l'intimé afin qu'il procède à des investigations complémentaires dans le sens proposé par l'expert psychiatre. 8. Le recours est ainsi partiellement admis. 9. La recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens que le Tribunal fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA). 10. L'émolument, fixé à 500 fr, est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/710/2008 - 11/11 -

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