

# **GE\_GERICHTE ATAS/592/2009 vom 20. Mai 2009**

GE Cour de justice, 2009-05-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_592\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_592_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/592/2009 du 20 mai 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/592/2009 del 20 maggio 2009

## **Erwägungen**

### **E. 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/3793/2008 - 6/12 - 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.

### **E. 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). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5e révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont régies par ce principe. D'autre part, le juge des assurances sociales se doit, en règle générale, d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées). En l'espèce, les faits déterminants s'étant réalisés en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la nouvelle du 6 octobre 2006, le droit aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour ce qui concerne les faits survenus avant le 31 décembre 2007 et au regard de la nouvelle réglementation légale pour les faits survenus après cette date. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

### **E. 3**

Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

### **E. 4**

Le litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé susceptible d'ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

### **E. 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). 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). 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

A/3793/2008 - 7/12 - économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, 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 premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 LAI, lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (cf. art. 29ter RAI). Enfin, selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). 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).

## **E. 6**

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. 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

A/3793/2008 - 8/12 - 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 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

#### **E. 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02). 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). 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

#### **E. 8**

En l'espèce, le recourant présente, sur le plan somatique, un diabète insulino-dépendant. Selon les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, cette affection n'entraîne pas de limitation fonctionnelle et est, par conséquent, sans répercussion sur la capacité de travail.

A/3793/2008 - 9/12 - Sur le plan psychiatrique, le recourant a présenté un état dépressif à la suite de son licenciement. Tous les psychiatres qui l'ont examiné ou suivi ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, un trouble bipolaire et relevé des traits de la personnalité, voire un trouble de la personnalité (Dresse A\_\_\_\_\_, le CTB, les HUG et l'expert B\_\_\_\_\_). Le rapport d'intervention du CTB pour la période du 20 septembre 2005 au 19 octobre 2005 mentionne un état dépressif moyen, dont l'évolution a été lentement favorable, avec une disparition des idées suicidaires et une nette amélioration de la thymie. En fin de séjour, il persiste une asthénie importante. Seul l'expert mandaté par l'intimé a déclaré n'être pas convaincu du diagnostic de trouble bipolaire, sans toutefois l'exclure formellement. Dans son rapport du 27 juin 2008, le Dr F\_\_\_\_\_ explique à ce propos qu'il s'est fondé uniquement sur les critères de la CIM-10, et que les phases du type maniforme décrites par l'expertisé sont plutôt désarmants, voire banals, et n'ont rien à voir

avec des décompensations cliniques maniformes. Quoi qu'il en soit, quel que soit le diagnostic, ce qui est déterminant, c'est de savoir quelle est l'incidence des troubles psychiques sur la capacité de travail du recourant. A cet égard, l'appréciation du médecin traitant diverge de celles des experts psychiatres, le CTB et les HUG ne s'étant, quant à eux, pas prononcés sur la capacité de travail. Alors que la Dresse A\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail totale du 1er janvier 2006 au 6 mars 2007 et de 50 % dès le 7 mars 2007, le Dr B\_\_\_\_\_ estime, dans son rapport d'expertise du 30 mars 2006, que le recourant peut reprendre progressivement une activité professionnelle, d'abord à 50 % dès le troisième mois, puis à 100 % dès le quatrième mois. Il note que depuis le mois de janvier 2006, l'assuré observe une amélioration de son humeur, de son élan vital et du plaisir de vivre. Il n'a plus d'idée suicidaire, mais il persiste des fluctuations thymiques diurnes importantes et une symptomatologie habituelle marquée en soirée. Dans son rapport du 7 septembre 2006, le Dr B\_\_\_\_\_ indique que le trouble dépressif récurrent et le trouble affectif bipolaire sont en rémission et ne retiennent aucune incapacité de travail pour des raisons psychiatriques. Quant au Dr F\_\_\_\_\_, il ne retient pas non plus d'incapacité de travail pour des motifs psychiatriques. Les traits narcissiques ne permettent pas d'admettre un trouble de la personnalité invalidant, l'état dépressif, réactionnel au licenciement, est bien compensé avec le traitement, ainsi que l'éventuel trouble bipolaire. L'expert souligne encore que les rapports d'intervention du CTB entre 2007 et 2008 font état de l'auto-appréciation de l'assuré, qui admet que si ses problèmes financiers étaient réglés ainsi que sa dépendance à sa mère, il pourrait envisager une reprise de travail. Le Tribunal de céans relève que l'expertise réalisée par le Dr B\_\_\_\_\_ pour le compte de l'assureur perte de gain doit se voir attribuer pleine valeur probante; en effet, elle comporte une anamnèse, elle prend en compte les plaintes du recourant,

A/3793/2008 - 10/12 - relate les traitements suivis et mentionne les diagnostics selon une classification reconnue. Enfin, ses conclusions sont claires et bien motivées. Quant à l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, elle a également pleine valeur probante; elle est extrêmement détaillée, tant du point de vue de l'anamnèse, que des plaintes, et le Dr F\_\_\_\_\_ a expliqué de manière circonstanciée pour quelles raisons il doutait du diagnostic de trouble bipolaire, en soulignant par ailleurs que même si ce trouble existait, il était bien compensé au moment de son expertise. Ses conclusions, claires et convaincantes quant à la répercussion de l'atteinte à la santé psychiatrique sur la capacité de travail du recourant rejoignent celles que son confrère avaient émises deux ans auparavant. Les conclusions contraires du médecin traitant ont une valeur probante amoindrie par rapport à celles des experts, en raison des liens de confiance qui unit la praticienne à son patient. Quant à l'avis du médecin-conseil de l'assureur perte de gain, il ne peut être retenu, dès lors qu'il contredit l'avis de l'expert psychiatre et qu'il reconnaît au demeurant qu'un trouble bipolaire n'est pas forcément invalidant. Le Tribunal de céans se rallie en conséquence aux conclusions des expertises réalisées par les Drs B\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ quant à la capacité de travail du recourant. Sur ce point, et contrairement à ce que soutient le SMR, le Dr F\_\_\_\_\_ n'a pas conclu à une capacité de travail de 100 % depuis 2005. Dans son rapport d'expertise, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail pour le passé et il n'a pas discuté ni infirmé l'appréciation du Dr B\_\_\_\_\_. S'agissant de la rechute de l'état dépressif fin 2007 à début 2008, le Tribunal constate, à la lecture du rapport du CTB, que la thymie s'est améliorée au bout de 5 semaines et que le patient disait ne pas se sentir capable de travailler, même à temps partiel, et mettait en avant ses problèmes financiers. Il s'agit là d'une rechute transitoire. Il convient d'admettre par conséquent que le recourant a présenté

une incapacité de travail totale à compter du 18 mai 2005, puis de 50 % dès le mois de juin 2006. Dès le mois de juillet 2006, le recourant était capable de reprendre une activité lucrative à 100 %. Au vu de ce qui précède, à l'échéance du délai d'un an, en mars 2006, le recourant présentait une incapacité de travail totale ouvrant droit à une rente entière de l'assurance-invalidité. Compte tenu du fait qu'il a recouvré une capacité de travail totale depuis le mois de juillet 2006, la rente sera supprimée au 30 septembre 2006, en application de l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 sv. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Selon cette disposition, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoins de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut

A/3793/2008 - 11/12 - s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Le recourant a déposé sa demande de prestations en date du 15 juin 2007. Conformément à l'art. 48 al. 2 LAI, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Il s'ensuit que le recourant a droit au versement d'une rente entière d'invalidité du 1er juin 2006 au 30 septembre 2006.

#### **E. 9**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et l'intimé condamné à payer au recourant la somme de 800 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

#### **E. 10**

Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, l'émolument, fixé en l'espèce à 500 fr., est mis à la charge de l'OCAI.

A/3793/2008 - 12/12 -

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