

## **GE\_GERICHTE ATAS/671/2010 vom 16. Juni 2010**

GE Cour de justice, 2010-06-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_671\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_671_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/671/2010 du 16 juin 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/671/2010 del 16 giugno 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

La compétence du Tribunal de céans ainsi que la recevabilité du recours ont déjà été examinées et admises dans le cadre de l'ordonnance d'expertise, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

#### **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. Le 1er janvier 2008 est entrée en force la nouvelle du 6 octobre 2006 (5ème révision AI). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui a trait plus particulièrement à l'application des dispositions nouvelles de la LAI, la lettre-circulaire n° 253 du 12 décembre 2007 de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) reprend le principe ci-dessus évoqué. En effet, elle expose clairement que si le cas d'assurance survient avant le 1er janvier 2008, c'est l'ancien droit qui est applicable. Si la survenance du cas d'assurance a lieu par contre ultérieurement, c'est le nouveau droit qui trouve application, des facteurs externes aléatoires telle la date de dépôt de la demande ou de la décision se révélant sans influence. Toutefois, lorsque le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 et est parvenu à échéance dans l'année 2008, l'ancien droit demeure applicable pour autant que la demande ait été déposée le 31 décembre 2008 au plus tard.

#### **E. 3**

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement le droit à une rente.

#### **E. 4**

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 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 al. 1er LPGA). Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits

n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où

A/1865/2009 - 7/12 - l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b, 157 consid. 3a). 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. 1er 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 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). Avec l'entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

## **E. 5**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord 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 396 consid. 5.3 et consid. 6).

A/1865/2009 - 8/12 -

## **E. 6**

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 incapable de travailler. En

outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1). 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa 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

A/1865/2009 - 9/12 - 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). Enfin, le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

## **E. 7**

En l'occurrence, le Tribunal de céans a ordonné une expertise judiciaire afin de déterminer si le recourant souffre d'une pathologie psychiatrique et, le cas échéant, quelles en sont les conséquences sur sa capacité de travail. Dans son rapport d'expertise du 23 mars 2010, la Dresse G\_\_\_\_\_ expose avoir eu trois entretiens d'une heure minimum avec le recourant, un entretien de quinze minutes avec le fils aîné ainsi que des entretiens téléphoniques avec divers praticiens ayant suivi le recourant. Elle a pris connaissance de l'entier du dossier médical et a fait par ailleurs pratiquer divers examens médicaux et de laboratoire. L'expertise comporte une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle complète, une anamnèse circonstancielle détaillée, complétée par les éléments du dossier, un status psychiatrique ainsi qu'une analyse et une discussion minutieuse du cas au vu de l'examen clinique et des résultats des examens complémentaires pratiqués. Sur le plan psychiatrique, l'expert a diagnostiqué un psychosyndrome organique qui a valeur de maladie au sens de la CIM-10, inclus dans les troubles organiques de la personnalité et du comportement dû à une maladie, une lésion ou un dysfonctionnement cérébral. A cet égard, elle a précisé qu'elle suspectait un possible syndrome de Sjögren qui nécessite cependant d'autres investigations somatiques, relevant que le recourant présentait une hypokaliémie et une hypovitaminose D. Selon l'expert, si ce diagnostic est confirmé, il permettrait d'expliquer la quasi totalité de la sémiologie et de proposer un traitement

A/1865/2009 - 10/12 - approprié qui résoudrait bon nombre de troubles. Elle a ensuite expliqué de façon convaincante qu'il n'y a pas de majoration délibérée de la symptomatologie psychique, les divers symptômes présentés par le recourant en étant l'expression ; l'expert a par ailleurs souligné que dans le cas d'espèce, la difficulté diagnostique réside dans l'intervention de différents spécialistes, car chacun considère le tableau clinique selon sa spécialité, alors que cette entité nosologique requiert une vue globale, sans dichotomie. Elle a conclu que les limitations psychiques du recourant relèvent des troubles du comportement et de l'interaction sociale, ainsi que de l'apragmatisme. Au vu du dossier, lesdites limitations existaient déjà en juin 2007 pour la grande majorité des symptômes. La capacité de travail actuelle est qualitativement et quantitativement nulle ; selon l'expert, le status psychiatrique relevé en avril 2007 dans l'expertise du CEMed, malgré les allégations de l'expert quant à l'absence de diagnostic, sinon la simulation, permet de voir les prodromes du diagnostic retenu, de sorte que l'incapacité de travail pour des raisons psychiatriques remonte à avril, voire mai 2007. L'expert expose enfin que la capacité de travail pourrait être améliorée par des mesures médicales, mais que l'atteinte systémique d'une connectivité tel le syndrome de Sjögren (qui reste à confirmer) constitue un facteur de mauvais pronostic, à plus forte raison s'il s'agit d'une atteinte cérébrale. Le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par la Dresse G\_\_\_\_\_. En effet, l'expertise judiciaire, complète et extrêmement fouillée, assortie de conclusions claires, motivées et convaincantes, remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer pleine valeur probante, ce que l'intimé ne conteste au demeurant pas. Il convient ainsi d'admettre que le recourant présente, depuis le mois d'avril 2007, une incapacité de travail totale, pour des raisons psychiatriques, dans toute activité,

étant rappelé que les troubles somatiques et algiques diagnostiqués en 2006 n'entraînent pas d'incapacité de travail durable. Au vu de ce qui précède, le recourant présente un degré d'invalidité de 100 % ouvrant droit à une rente entière d'invalidité (cf. art. 28 al. 2 LAI).

#### **E. 8**

Reste à déterminer l'ouverture du droit à la rente. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, en sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA), soit en l'espèce, en avril 2008 et non pas dès le mois de juin 2007 comme le souhaite le recourant. En l'occurrence, le délai de carence a commencé à courir dès le mois d'avril 2007. Dès lors que le délai de carence était échu le 1er avril 2008 et que la demande de prestations a été déposée avant le 31 décembre 2008, la rente peut être versée dès

A/1865/2009 - 11/12 - l'échéance du délai d'attente, en dérogation à l'art. 29 al. 1 nLAI (cf. Lettre-circulaire n° 253 de l'OFAS, du 12 décembre 2007, op. cit.). Il s'ensuit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois d'avril 2008.

#### **E. 9**

L'intimé conclut au renvoi de la cause pour instruction complémentaire, dès lors que l'état de santé du recourant n'est pas stabilisé et qu'un traitement adapté devrait être mis en place. Ces considérations ne changent rien au fait que le recourant, au moment de la décision litigieuse et à l'échéance du délai d'une année, présente un degré d'invalidité de 100%. La question de savoir si la capacité de gain pourrait être améliorée une fois mis en place un traitement adapté - ce qui restera à vérifier après précision du diagnostic somatique - relève en effet, le cas échéant, de la révision.

#### **E. 10**

Le recours est partiellement admis.

#### **E. 11**

Le recourant, représenté par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 3'000 fr. (art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

#### **E. 12**

L'émolument, arrêté à 1'000 fr., est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1865/2009 - 12/12 -

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