

## **GE\_GERICHTE ATAS/857/2009 vom 1. Juli 2009**

GE Cour de justice, 2009-07-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_857\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_857_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/857/2009 du 1 juillet 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/857/2009 del 1 luglio 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (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, RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI, RS 831.40). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 2**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision du 5 novembre 2007 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).

#### **E. 3**

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui

A/4574/2007 - 10/15 - concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007) ne sont pas applicable au cas d'espèce.

#### **E. 4**

En l'occurrence, il s'agit de déterminer le degré d'invalidité du recourant. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut

résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). 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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). 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. 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). b) 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. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de

A/4574/2007 - 11/15 - 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; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). En vertu de l'art. 88a al. 2, première phrase du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. c) 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).

A/4574/2007 - 12/15 - Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, 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). 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. 5**

Se trouvent au dossier plusieurs rapports des médecins et psychiatres traitants, notamment de la Dresse U\_\_\_\_\_, psychiatre, des rapports des médecins d'arrondissement de la SUVA, une expertise bidisciplinaire du SMR du 21 avril 2006 et une expertise psychiatrique du Dr A\_\_\_\_\_ du 25 février 2009. Il appert que sur le plan physique, l'assuré présente une capacité résiduelle de travail, dans une activité adaptée, de 80 %. Au plan psychique, la Dresse U\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble anxieux dépressif mixte ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Selon elle, le patient présente une

capacité de travail de 50 % au plan psychique. Le Tribunal de céans a ordonné une expertise judiciaire psychiatrique, conduite par le Dr A\_\_\_\_\_, en raison notamment de l'irrégularité qui entachait le rapport d'examen du SMR - la Dresse

A/4574/2007 - 13/15 - Q\_\_\_\_\_ avait usé du titre de psychiatre FMH alors qu'elle n'en avait pas le titre -, ce qui amoindrissait grandement la valeur probante dudit examen. Il convient dès lors de déterminer la valeur probante de l'expertise judiciaire. L'expert s'est livré à une analyse du dossier, à une anamnèse (personnelle, familiale et socio-professionnelle). Il détaille le traitement actuel, relate les plaintes subjectives de l'expertisé, formule des observations. Il a pris contact avec les médecins traitant de l'assuré, a posé des diagnostics clairs et s'est livré à une discussion, tout en répondant de manière circonstanciée aux questions posées par le Tribunal de céans. Ses conclusions sont claires, bien motivées et convaincantes ; l'expertise est en outre exempte de contradictions et l'expert explique pourquoi il retient telle opinion et pourquoi il s'oppose à telle autre. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que cette expertise claire et convaincante, dûment motivée, a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale. L'expert pose les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et de personnalité à traits émotionnellement labiles, type borderline. Il explique pourquoi il ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux; en effet, l'assuré présente un état de séquelles de son accident avec probables affections osseuses non cicatrisées et encore actives. Cette affection physique peut engendrer une douleur chronique. Par ailleurs, les problèmes psychosociaux sont consécutifs à l'affection physique et n'ont pas préexisté à ces lésions. Les critères de la CIM-10 ne sont dès lors pas remplis pour un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. L'expert retient une incapacité totale de travail depuis le 18 septembre 2004, selon l'anamnèse et les informations transmises par la Dresse B\_\_\_\_\_, qui instaure à ce moment un traitement antidépresseur en raison d'une aggravation de l'état psychique. Il explique sa divergence d'opinion par rapport à la psychiatre traitant concernant le taux de capacité de travail. En effet, selon lui, l'appréciation de la Dresse U\_\_\_\_\_ correspond très probablement à une surestimation des aptitudes psychiques de l'assuré, liée à la manière dont ce dernier se présente à autrui dans un premier temps. En effet, la tendance à agir de l'assuré, associée à la faille narcissique qui l'entraîne à masquer ses dysfonctionnements plutôt qu'à les afficher, a, de l'avis de l'expert, certainement contribué à ce que son état psychique soit surestimé. En réalité, l'expertisé se trouve dans un état de détresse psychique sévère depuis au moins quatre ans. Ses mécanismes de défense sont dépassés et il flotte au gré des événements, subissant de plein fouet une désintégration complète de son sentiment d'identité. Actuellement encore, il a une mauvaise image de lui, se sent coupable, inutile. Il souffre de troubles du sommeil, de troubles de la concentration, d'une perte totale de la fonction sexuelle et d'idées de suicide récurrentes. Il reste irritable, susceptible et exprime un ressenti paranoïde qui traduit un état de décompensation de son fonctionnement de personnalité. Selon l'expert, le trouble dépressif fluctue en fonction des circonstances extérieures depuis 10 ans. Il était léger dans un premier temps, probablement depuis 1999; il est devenu moyen en

A/4574/2007 - 14/15 - janvier 2002 et grave en septembre 2004. Il a probablement varié de moyen à grave depuis 2004. Il est actuellement grave. L'épisode dépressif a valeur de maladie, alors que les traits de personnalité ne prennent pas une dimension pathologique pour eux-mêmes. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes. L'expertisé présente une

sensibilité à fleur de peau, avec un ressenti d'agression et une réactivité proportionnelle de sa part. Il souffre d'une limitation de sa capacité à se concentrer et d'une tension nerveuse augmentée en permanence. Il est impulsif, manque de patience, souffre de troubles du sommeil, d'un manque d'endurance et d'une fatigabilité. Il présente un sentiment d'infériorité et un sentiment de ne pas être à la hauteur dans son rôle de père, d'époux et plus généralement d'individu. Il a une mauvaise image de lui et évite les relations qui le confrontent à ce sentiment d'insuffisance. Il a perdu la confiance en lui et est incapable de se projeter dans l'avenir. Il se sent inutile et il appréhende toute nouvelle situation d'échec. L'expert explique que le recourant présente une incapacité de travail de l'ordre de 50 % au moins depuis janvier 2002 sous l'angle psychiatrique. Il arrive à cette conclusion en comparant l'évaluation dans le stage professionnel en 1998 à l'observation des rhumatologues des Hôpitaux Universitaires de Genève en décembre 2001 et janvier 2002. Alors que l'assuré est décrit comme motivé et volontaire en 1998, il est décrit comme dépressif et inactif en janvier 2002. De surcroît, le médecin de famille confirme l'apparition d'une symptomatologie dépressive importante justifiant l'introduction d'un traitement antidépresseur en janvier 2002. L'incapacité de travail est probablement nulle dès septembre 2004 mais l'expertisé semble avoir présenté une amélioration de son état en décembre 2006 (cf. rapport de la Dresse U\_\_\_\_\_). Il présente de nouveau une incapacité de travail complète depuis le 1er septembre 2007 jusqu'à ce jour et cela de manière durable. Quant aux remarques du SMR sur la validité des diagnostics posés, elles ne remettent pas en question la valeur probante de l'expertise. D'ailleurs l'intimé a reconnu à l'assuré, sur la base de l'expertise, une incapacité totale de travail depuis septembre 2007. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans suivra l'ensemble des conclusions de l'expertise judiciaire et reconnaîtra au recourant une incapacité de travail de 50 % depuis janvier 2002 sous l'angle psychiatrique, puis une incapacité de travail entière depuis septembre 2004. Il aura dès lors droit à une rente entière d'invalidité jusqu'au 31 mars 2002, compte tenu de l'art. 88a al. 1 RAI et du fait que la rente entière a été versée jusqu'en novembre 2001, puis supprimée sans qu'il y ait à ce moment une amélioration de l'état de santé. Il aura droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1er avril 2002 jusqu'au 30 novembre 2004, puis à une rente entière depuis le 1er décembre 2004 pour une durée indéterminée, compte tenu de l'art. 88a al. 2 RAI.

## **E. 6**

Il appert que le recours, bien fondé, sera admis au sens des considérants. Le recourant qui obtient gain de cause aura droit à des dépens fixés à 1'800 fr.

A/4574/2007 - 15/15 -

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