

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/973/2009

ATAS/1310/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 28 octobre 2009

En la cause

Monsieur B _____, domicilié à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé

et

HOSPICE GENERAL, sis Cours de Rive 12, GENEVE appelé
en cause

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Teresa SOARES et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____, né en 1943, a exploité une entreprise de transports, laquelle a été dissoute par suite de faillite prononcée par jugement du Tribunal de première instance du 31 mars 1998.
2. Par demande reçue le 6 septembre 2005, l'intéressé requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une rente.
3. Selon le rapport du 12 octobre 2005 du Dr L_____, spécialiste en médecine interne, l'assuré est atteint d'un état dépressif, d'un diabète, d'une hypertension artérielle, d'une hyperlipidémie et de lombalgies chroniques. Dans son annexe à son rapport médical, il précise que plus aucune activité professionnelle n'est exigible en raison d'un état dépressif majeur.
4. Le Dr M_____, psychiatre, certifie, dans son rapport du 29 janvier 2006, que son patient souffre d'une dépression majeure, d'un état anxieux, d'insomnies et de troubles psychosomatiques. La capacité de travail est nulle depuis le 28 octobre 1998.
5. Le 12 juillet 2007, l'assuré est soumis à un examen clinique rhumato-psychiatrique par les Drs N_____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, et O_____, psychiatre, du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Selon le rapport du 10 août 2007 de ces médecins, il ne présente aucune atteinte psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail. Ils posent les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail : trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et personnalité paranoïaque. Sa capacité de travail est de 100 % dans son activité habituelle de chef d'entreprise ou dans toute autre activité adaptée. Les médecins relèvent que l'assuré se décrit comme brisé à la suite de la faillite de son entreprise, mais s'est toujours considéré comme apte à travailler, ce qu'il déclare encore actuellement. Ils font par ailleurs état de ce qui suit :

"De par son trouble de la personnalité, il a tendance à tout vouloir maîtriser, contrôler et se met en conflit avec de nombreuses personnes de son entourage, avec un sentiment de persécution sur un mode bien structuré, non psychotique.

Sa blessure narcissique est importante, l'image qu'il se fait de lui-même est dégradée en raison de son inactivité professionnelle.

L'assuré peut travailler, mais sa personnalité ne lui permet que d'exercer des emplois dans un poste avec une grande autonomie de type chef d'entreprise, si possible comme indépendant.

Si l'assuré avait pu obtenir un emploi compatible avec les limitations fonctionnelles, il aurait continué à travailler et il serait toujours actif aujourd'hui.

Il élabore spontanément le projet de travailler dans une galerie d'art à plein temps (...).

A la p. 7 de leur rapport, les médecins du SMR relèvent ce qui suit :

"L'assuré n'est pas un malade psychiatrique qui ne peut plus travailler, mais un homme blessé de ne plus pouvoir exercer son activité professionnelle."

L'assuré a par ailleurs déclaré que son état s'était amélioré depuis 1998, ce qui lui avait permis d'entreprendre les démarches pour demander une rente d'invalidité depuis lors. Cependant, selon les médecins du SMR, il n'y a aucun élément pouvant objectiver une amélioration.

6. Selon la note d'entretien du 27 juillet 2007 de l'OCAI relative à un entretien de la veille avec l'assuré, celui-ci a déclaré avoir fait une dépression suite à la faillite de son entreprise et qu'il était trop malade pour chercher du travail. A la question de savoir pourquoi il a attendu si longtemps pour demander une rente, il a répondu qu'il a suivi la procédure.
7. Dans le cadre de la procédure d'opposition au projet de décision de refus de rente du 28 août 2007 de l'OCAI, l'assuré lui adresse le 1^{er} octobre 2007 un certificat médical du 28 mai 2007 du Dr M_____, selon lequel ce médecin le suit depuis le 28 octobre 1998 pour un état dépressif grave qui s'améliore très lentement avec un traitement antidépresseur à haute dose. Le Dr M_____ déclare en outre être en contradiction totale avec le rapport d'examen du SMR. Enfin, il précise que son patient n'a pas une structure de personnalité paranoïde.
8. Après que le SMR ait confirmé les conclusions du rapport d'examen de leur service dans son avis médical du 29 octobre 2007, l'OCAI confirme son projet de décision précitée, par décision du 2 novembre 2007.
9. Dans le cadre de procédure de recours contre cette décision, le Dr M_____ adresse le 15 février 2008 au Tribunal de céans un rapport médical. Il diagnostique une dépression majeure, sans rémission depuis 10 ans. Les symptômes sont une perte de l'élan vital, un manque d'énergie, une passivité, une incapacité de se défendre, une forte dévalorisation et un pessimisme. Les fonctions intellectuelles de son patient présentent les atteintes suivantes : perte de la mémoire et de ses capacités de synthèse (analyse, décisions, etc...), troubles de l'attention et de la concentration et incapacité de prendre des décisions. En réaction à cette situation, il a développé des idées paranoïdes. Toutefois, dès lors que celles-ci n'existaient pas

auparavant, le Dr M_____ estime que son patient ne présente pas une personnalité paranoïde.

10. En septembre 2008, l'assuré est soumis à une expertise judiciaire interdisciplinaire, interniste et psychiatrique, ainsi que rhumatologique, par les Drs P_____, psychiatre, Q_____, spécialiste en médecine interne, et R_____, spécialiste en rhumatologie et médecine physique et réhabilitation, au Centre d'expertise médicale à Genève. Selon leur rapport du 22 octobre 2008, l'assuré présente un épisode dépressif sévère de type mélancoliforme, actuellement en rémission incomplète avec symptomatologie résiduelle correspondant à un épisode dépressif d'intensité moyenne. Les diagnostics suivants n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail : diabète insulino-requérant, surcharge pondérale, hypertension artérielle, troubles dégénératifs lombaires et cervicaux, périarthrite chronique de l'épaule gauche et épicondylite et épitrochléite du coude droit. Sa capacité de travail est nulle de 1998 à 2005. A partir de 2005, elle est de 50 %. Dans les indications subjectives de l'assuré, il est rapporté la déclaration suivante (p. 7).

"Je suis tombé malade en 1998 et, depuis, je n'ai pas pu reprendre le dessus. Je n'arrive pas à m'en sortir malgré un traitement qui dure depuis plus de 10 ans. Au début, je pensais que je m'en sortirais, mais je n'arrivais pas."

Il indique par ailleurs s'être senti détruit entre 1998 et 2005. A partir de 2001, il a repris contact avec le milieu des galeries d'art, afin de démarrer éventuellement une activité. Il ne s'est pas inscrit au chômage, dès lors que le Dr M_____ estimait qu'il n'était pas apte à se réinsérer. En 2005, il pense qu'il aurait été apte à le faire. Cependant, confronté à l'échec de ses propres démarches, il s'inscrit à l'assurance-invalidité pour obtenir de l'aide. Dans l'appréciation du cas, les experts judiciaires relèvent que, à leur avis, la symptomatologie à contenu délirant (complots contre l'assuré) entre dans le cadre de la symptomatologie psychiatrique d'un trouble dépressif sévère et que celui-ci a des caractéristiques mélancoliques et psychotiques. Ils exposent en outre ce qui suit :

"Son récit d'atteinte psychique sévère pendant des années nous semble tout à fait crédible. En effet, sans revenu et en vivant uniquement sur ses propres ressources depuis 1998, il ne semble même pas avoir eu l'énergie pour chercher un soutien auprès des instances sociales. C'est seulement lorsqu'il est allé mieux dès 2005 et après que ses tentatives pour obtenir un poste de travail soient restées vaines, qu'il s'est annoncé à l'AI."

Dans son appréciation psychiatrique du 10 septembre 2008, la Dresse S_____ mentionne que l'expertisé a expliqué la raison du dépôt tardif de sa demande de prestations d'invalidité par le fait qu'il n'était pas en état de penser et

faire les choses nécessaires pendant plusieurs années, étant trop mal psychiquement. Il disait avoir été constamment dans un sentiment de ruine et d'irrépérabilité. Finalement, c'est sur incitation de son assistante sociale qu'il a déposé la demande de prestations d'invalidité.

11. Lors de l'audience du 25 novembre 2008 devant le Tribunal de céans, les parties parviennent à un accord, aux termes duquel une rente d'invalidité entière est reconnue à l'assuré depuis le 1^{er} septembre 2004, soit une année avant le dépôt de sa demande, et un droit à une demi-rente depuis le 1^{er} avril 2005. L'assuré se réserve le droit d'agir en application de l'art. 48 al. 2 2^{ème} phrase de la loi sur l'assurance-invalidité.
12. Par arrêt du 25 novembre 2008, le Tribunal de céans statue conformément à l'accord précité des parties.
13. Par courrier du 9 décembre 2008, l'assuré invite l'OCAI à lui octroyer une rente entière antérieurement au 1^{er} septembre 2004, soit avec effet à une année après sa mise en faillite. Il fait valoir qu'il ressort du rapport d'expertise judiciaire qu'il a présumé de ses forces pour se sortir de ses difficultés, en raison de son état dépressif sévère. Cela l'a empêché de se rendre compte qu'il était incapable de travailler et explique pourquoi il n'a pas immédiatement déposé une demande de rente auprès de l'assurance-invalidité, rente à laquelle il aurait eu droit depuis 1999, soit une année après sa faillite. Ainsi, il convient de lui reconnaître le droit à une rente dès cette date, ayant été incapable d'agir en raison d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement. Il se prévaut par ailleurs de ce qu'il a perçu des prestations de l'Hospice général depuis 1999, sans que les personnes de cette institution ne se rendent compte que l'impossibilité de retrouver un emploi n'était pas liée à la conjoncture mais à son état dépressif sévère. L'assuré estime ainsi que l'impossibilité de se rendre compte que son état lui ouvrait le droit aux prestations de l'assurance-invalidité n'était pas uniquement subjective, mais également objective.
14. Le 13 janvier 2009, l'OCAI informe l'assuré qu'il a l'intention de lui refuser le paiement des prestations rétroactives requises, principalement au motif suivant :

"Etant donné que les prestations d'aide financière sont subsidiaires à toute autre source de revenus quelle qu'elle soit (...), on ne peut raisonnablement admettre que les services sociaux (...) ne pouvaient se rendre compte de la situation médicale de leur client (...).

Au vu des éléments du dossier, il apparaît hautement vraisemblable que M. B_____ a tenté de rechercher activement du travail - comportement louable - suite à la faillite de sa société et que sa demande déposée en 2005, était principalement destinée à favoriser ses démarches professionnelles (rapport COMAI du 22 octobre 2008, p. 7).

Compte tenu de ce qui précède, le cas de force majeure ne peut être admis."

15. Par courrier du 4 février 2009, l'assuré s'oppose à ce projet, par l'intermédiaire de son conseil. Il relève notamment que ni le médecin ni l'Hospice général n'ont pu se substituer à lui, pour l'obliger à demander une rente d'invalidité, dans la mesure où il considérait qu'il allait pouvoir s'en sortir seul, attitude qui n'était que l'expression de sa dépression sévère. C'est donc en raison de son état de santé qu'il n'a pas été en mesure de solliciter les prestations de l'assurance-invalidité. Cela doit être considéré comme une cause de force majeure, dès lors que sa capacité de discernement était altérée sur cette question précise, au point de l'empêcher de prendre conscience de la nécessité de solliciter une aide de l'assurance-invalidité. En effet, cette démarche aurait signifié, dans son esprit, la reconnaissance d'une incapacité de sa part à surmonter ses épreuves.
16. Par décision du 12 février 2009, notifiée sous pli simple, l'OCAI confirme son projet de décision précité. Il relève que, selon le rapport d'expertise judiciaire, l'assuré a commencé à chercher du travail à partir de 2001 et qu'il ne s'est pas inscrit au chômage, car son médecin considérait qu'il n'était pas apte au placement. L'OCAI estime ainsi que l'assuré a vraisemblablement repoussé ses démarches auprès de l'assurance-invalidité dans l'espoir de pouvoir réintégrer le marché du travail, malgré l'avis contraire de son médecin. Les diverses démarches entreprises entre 2001 et 2005 (recherches d'emplois, tentative d'inscription à l'assurance chômage) démontrent qu'il était capable de comprendre sa situation économique et de décider ce qu'il voulait faire.
17. Par acte posté le 20 mars 2009, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} mars 1999 jusqu'au 31 mai 2004. A titre préalable, il demande l'audition des Drs L_____ et M_____, ainsi que des collaborateurs de l'Hospice général. Il répète qu'il n'a pas souhaité faire appel aux prestations de l'assurance-invalidité en raison de son état malade, dès lors qu'il considérait cette démarche comme humiliante et était convaincu qu'il finirait par trouver rapidement du travail. Cependant, ses ressources psychiques ne lui permettaient pas de réaliser ce projet. Son interlocuteur à l'Hospice général avait manifestement été trompé par sa volonté exprimée de vouloir s'en sortir et n'avait non plus été conscient de l'affection psychiatrique dont il souffrait. Il se prévaut par ailleurs de ce que l'Hospice général n'a pas exigé une inscription au chômage ni le dépôt d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité et en conclut que tout le monde considérait, tout comme lui, que la situation serait passagère et qu'il allait rapidement trouver un emploi. Ce n'est qu'après sept années de vains efforts qu'il a finalement pris conscience de son état et s'est résolu à solliciter les prestations de l'assurance-invalidité.

18. Dans sa réponse au recours du 29 avril 2009, l'intimé conclut au rejet de celui-ci. Il allègue que le recourant était en arrêt de travail à 100 % pour des raisons médicales depuis 1998 et ainsi parfaitement au courant de son incapacité à reprendre une activité professionnelle et de la diminution de sa capacité de gain. Ce point est confirmé par le fait qu'il ne s'est pas inscrit au chômage, dès lors que son psychiatre ne le considérait pas apte au placement. Dès 2001, il s'est intéressé à la possibilité de s'occuper ou d'être associé dans une galerie d'art. L'intimé en conclut que l'assuré était capable de comprendre sa situation médicale et économique, ainsi que de décider ce qu'il voulait faire. Preuve en est également le fait qu'il ait été en mesure d'accomplir les démarches nécessaires auprès de l'Hospice général.
19. A la demande du Tribunal de céans, l'Hospice général l'informe le 2 juillet 2009 que le recourant a bénéficié du 1^{er} octobre 1999 au 31 août 2004 d'une aide sociale d'un montant de 237'962 fr. 90.
20. Le 13 juillet 2009, le recourant fait valoir, en se référant à une attestation du Dr M_____, que sa maladie "ne pouvait plus lui permettre de faire face à ses obligations, dont celles liées aux suites de sa profession". Il persiste ainsi dans ses conclusions.
21. Par écritures du 23 juillet 2009, l'OCAI communique au Tribunal de céans sa décision de rente du 9 juillet 2009, par laquelle il a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité entière et une rente complémentaire simple pour enfant d'un montant total de 2'954 fr. par mois à partir de septembre 2004. Il a par ailleurs suspendu le versement de l'arriéré des prestations de 79'969 fr. à compter de cette dernière date, dans l'attente des décomptes de compensation du Service des prestations complémentaires.
22. Par courrier du 31 juillet 2009, le Tribunal de céans invite le recourant à lui exposer quel est son intérêt juridiquement protégé à contester la décision de refus de l'intimé, dès lors que les prestations rétroactives requises devraient être versées, selon toute vraisemblance, à l'Hospice général.
23. Par courrier du 27 août 2009, l'Hospice général requiert son appel en cause, sa situation juridique étant susceptible d'être affectée par l'issue de la procédure. Il se prévaut par ailleurs de ce qu'un ayant droit ne peut renoncer à des prestations qui lui sont dues, lorsque la renonciation est préjudiciable aux intérêts d'autres personnes ou institutions. Cela étant, il considère que le recourant possède un intérêt juridique à l'examen de son recours.
24. Par ordonnance du 1^{er} septembre 2009, le Tribunal de céans ordonne l'appel en cause de l'Hospice général et lui octroie un délai pour se déterminer sur le recours.

25. A la demande du Tribunal de céans, le Dr M_____ l'informe, par courrier reçu le 7 septembre 2009, qu'il a établi des certificats d'incapacité de travail pour le recourant à partir de 1998 et qu'il les lui a remis.
26. Le 21 septembre 2009, l'Hospice général se détermine sur le recours, en concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour un complément d'instruction, en vue de déterminer si le recourant était empêché de déposer à temps une demande de prestations à l'assurance-maladie. Il estime en effet que cette question n'a pas été réellement instruite. Quant au Dr M_____, il n'a pas précisé si le recourant a été empêché d'agir en raison de son état de santé.
27. Par écritures du 16 septembre 2009, l'intimé persiste dans ses conclusions.
28. Par écritures du 2 octobre 2009, le recourant relève que les réponses apportées par le Dr M_____ ne font que confirmer le fait que, depuis 1998, il était dans un état de santé qui ne lui permettait pas de travailler et de faire face à ses obligations, ce qui est confirmé par les certificats d'incapacité de travail établis à l'époque.
29. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours respecte le délai légal de 30 jours, dès lors que la décision du 12 février 2009, qui a été notifiée sous pli simple, porte le tampon de l'étude du conseil du recourant du 18 suivant et que le recours a été interjeté par acte posté le 20 mars 2009. Le recours est également conforme à la forme prescrite par la loi (art. 56 ss LPGA).

Se pose toutefois la question de savoir si le recourant a la qualité pour recourir. A cet égard, l'art. 59 LPGA dispose que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

En l'espèce, les prestations rétroactives litigieuses devraient être versées en principe à l'Hospice général, dès lors que celui-ci a versé au recourant pendant la période pertinente des prestations supérieures aux rentes d'invalidité rétroactives éventuellement dues. Toutefois, l'Hospice général a requis et obtenu son appel en cause. Il relève par ailleurs à juste titre que, aux termes de l'art. 23 al. 2 LPGA, la renonciation à des prestations est nulle lorsqu'elle est préjudiciable aux intérêts d'autres personnes, d'institutions d'assurance ou d'assistance ou lorsqu'elle tend à éluder les dispositions légales.

Partant, dans la mesure où l'Hospice général pourrait prétendre au remboursement des prestations d'invalidité rétroactives par l'intimé, le recourant ne pouvait effectivement y renoncer, de sorte qu'un intérêt digne de protection doit lui être reconnu.

3. Selon l'art. 48 al. 2 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 et applicable en l'espèce, s'agissant de prestations afférentes aux années 1999 à 2005, si l'assuré présente sa demande plus de 12 mois après la naissance du droit, les prestations ne seront allouées que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les 12 mois dès le moment où il en a eu connaissance.

Par "faits ouvrant droit à prestations", il faut entendre l'atteinte à la santé physique ou mentale qui entraîne une incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée, selon la jurisprudence. Les termes "connaître les faits ouvrant droit à prestations" ne signifient par ailleurs pas la faculté subjective de l'assuré de se faire une idée de son état. Il convient au contraire de déterminer si les faits ouvrant droit à prestations peuvent objectivement être constatés ou non (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 668/04 et I 694/04 du 2 août 2005 consid. 6.2.1).

La jurisprudence ne reconnaît l'impossibilité de connaître les faits donnant droit à prestations au sens de la loi que de façon très restrictive en cas de force majeure, en présence d'une maladie mentale telle que la schizophrénie, en cas d'incapacité de discernement ou d'absence de la faculté d'agir en fonction de la capacité de discernement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 61/01 du 13 mars 2003 consid. 6.2).

S'agissant d'une personne atteinte essentiellement de troubles de nature psychique qualifiés de dépression majeure récurrente sévère, de dysthymie type primaire et de personnalité borderline, notre Haute Cour a jugé que ces troubles n'étaient pas de nature à empêcher l'assuré de se rendre compte de la gravité des affections dont il était atteint, ainsi que des conséquences de son état sur sa capacité d'exercer une activité lucrative, en l'absence de toute composante psychotique. Elle a ainsi retenu que l'assuré disposait d'une capacité de jugement adéquate quant à son état de santé

et à ses conséquences sur la capacité de gain et qu'il connaissait ainsi les faits ouvrant droit à prestations (arrêt du Tribunal fédéral I 668/04 et 694/04 du 2 août 2005 consid. 6.2.3).

Dans le cas d'un assuré souffrant d'un état dépressif majeur, vivant dans l'isolement social le plus complet, liquidant la plupart de ses biens personnels, cessant progressivement de se nourrir et ayant commis deux tentatives de suicide avant une hospitalisation, le Tribunal fédéral des assurances a également nié que ces atteintes étaient propres à empêcher l'assuré d'agir et de présenter une demande de prestations à l'assurance-invalidité dans les 12 mois suivant la naissance du droit. A cet égard, notre Haute Cour s'est fondée notamment sur le fait qu'aucun avis médical ne faisait état d'une incapacité de discernement et qu'il ressortait du dossier que les démarches relatives à une demande de prestations ont été plutôt mal acceptées par l'assuré, sans que cela soit lié à un trouble de la conscience. Le fait qu'il ne réalisait pas la gravité de sa maladie n'était pas déterminant, dès lors que la faculté subjective de l'assuré de se faire une idée de son état de santé n'était pas décisive. Un tel comportement s'apparentait davantage à des inhibitions psychiques liées à l'invalidité, plutôt qu'à un défaut de discernement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 337/02 du 17 octobre 2002 consid. 2.3).

Dans son arrêt I 264/00 du 22 mars 2001, notre Haute Cour a jugé le cas d'une assurée atteinte d'un trouble affectif bipolaire et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. Bien qu'aucun médecin n'ait formellement attesté une incapacité de travail durable, Le Tribunal fédéral des assurances a retenu que le caractère invalidant des troubles avait été objectivement reconnaissable dès leur apparition, du fait que l'assurée n'avait plus été capable de reprendre ses études ou d'occuper durablement une place de travail, ainsi qu'en raison de ses hospitalisations. Concernant le fait que l'assurée avait déclaré avoir repoussé les démarches auprès de l'assurance-invalidité, afin de se donner une chance de s'en sortir par elle-même, le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il s'agissait précisément d'un motif qui entrait dans la catégorie des motifs personnels ou subjectifs dont il ne pouvait être tenu compte. Enfin, les troubles psychiques diagnostiqués n'évoquaient pas l'existence d'une maladie mentale propre à faire douter de la capacité de discernement de l'assurée, celle-ci ayant démontré, à travers ses nombreuses démarches administratives, qu'elle était parfaitement capable de comprendre sa situation et d'agir en fonction de cette compréhension (consid. 2).

4. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant était atteint d'un épisode dépressif sévère à partir de 1998. Toutefois, en l'absence de troubles psychotiques, une telle maladie n'est pas propre à altérer la capacité de discernement ou la faculté d'agir en fonction de celle-ci, aux termes de la jurisprudence précitée.

A cela s'ajoute que, du moins à partir de 2001, le recourant a pu reprendre contact avec les galeries d'art et il a cherché du travail, comme il est reporté dans l'expertise judiciaire du Centre d'expertise médicale du 22 octobre 2008. Il a également fait des démarches auprès de l'Hospice général. Il a ainsi démontré qu'il comprenait sa situation et qu'il pouvait agir en fonction de cette compréhension.

De surcroît, son médecin traitant, le Dr M_____, a attesté une incapacité totale de travailler à partir de 1998 et lui a délivré les certificats y relatifs, comme il l'a encore confirmé dans la présente procédure. Ce médecin l'a aussi empêché de s'inscrire à l'assurance-chômage, considérant qu'il n'était pas apte au placement. Par conséquent, le recourant devait savoir, d'un point de vue objectif qui seul est relevant selon la jurisprudence, qu'il n'était pas en mesure de travailler.

Quant au fait que le recourant pensait pouvoir s'en sortir et qu'il a dès lors repoussé ses démarches auprès de l'assurance-invalidité, il s'agit d'un motif personnel et subjectif qui n'est pas pertinent.

5. Au de ce qui précède, le recours sera rejeté.
6. Le recourant qui succombe sera condamné à un émolument de justice de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de justice de 200 fr. à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties et à l'appelé en cause, ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le