

## **GE\_GERICHTE ATAS/101/2008 vom 28. Januar 2008**

GE Cour de justice, 2008-01-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_101\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_101_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/101/2008 du 28 janvier 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/101/2008 del 28 gennaio 2008

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

Par courrier du 14 septembre 2001, la SUVA a informé l'assuré qu'elle cessait la prise en charge des soins médicaux et qu'elle versait l'indemnité journalière à 100 % jusqu'au 28 février 2002 afin de lui permettre de trouver un poste de travail adapté.

#### **E. 17**

Le 20 septembre 2001, le Dr A\_\_\_\_\_ a attesté que la situation était stabilisée pour le poignet droit. Les troubles dépressifs majeurs présents depuis le 18 juillet 2000 entraînaient l'incapacité de travail. L'ancienne activité était exigible 4 heures par jour et une activité ne nécessitant pas trop de force ni d'exposition aux chocs 8 heures par jour.

#### **E. 18**

Le 20 décembre 2001, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué que le déficient fonctionnel et la (illisible) empêchaient le patient de continuer le travail dans le bâtiment. Une autre activité était exigible.

#### **E. 19**

Le 23 janvier 2002, le Dr G\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI), a estimé que dans un poste adapté, sans gros efforts physiques et répétitifs, la capacité de travail était entière.

#### **E. 20**

Par décision du 16 mai 2002, la SUVA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 28 % calculée sur la base d'un salaire d'invalidé à 100 % dans une activité adaptée de 3'300 fr. mensuel et d'un salaire sans invalidité de 4'525 fr. mensuel, ainsi qu'une IPAI de 5 %. Les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

#### **E. 21**

Le rapport de la réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité du 21 janvier 2003 propose de mettre l'assuré au bénéfice d'un stage de trois mois dans le cadre de l'entreprise PRO.

#### **E. 22**

Le 10 février 2003, la Dresse F\_\_\_\_\_ a attesté que l'état de santé était stationnaire mais que l'assuré présentait un œdème du poignet droit depuis qu'il avait commencé le stage et signalé qu'une prise en charge psychiatrique allait débiter.

A/3954/2007 - 5/15 -

#### **E. 23**

Du 16 décembre 2002 au 23 mars 2003, l'assuré a effectué un stage. Dès le 17 décembre 2002, il a été en incapacité de travail à 50 %. Le rapport d'évaluation indique que s'il est stimulé, son rendement est de 65 %, en travaillant à 50 %, dans des activités légères, demandant peu de manipulations des mains et des doigts. Les tâches exigeant des mouvements du poignet droit sont difficilement réalisables par l'assuré qui porte constamment une attelle. Etant donné son problème au niveau du poignet droit, il ne peut pas porter des charges avec ce bras-là. Il s'est montré plaintif et démonstratif, parlant souvent de son poignet droit. En ce qui concerne son état psychologique, l'assuré semble avoir le moral, réussissant d'ailleurs à travailler tous les jours. Il ne rencontre pas de difficulté lors de la transmission des consignes et réalise d'ailleurs un travail de très bonne qualité. L'assuré peut travailler assis et debout. Comme il affirme ressentir des douleurs en effectuant des tâches manuelles, nous nous demandons si un travail léger moins répétitif ne nécessitant pas trop de mouvements du poignet droit, semblerait lui convenir davantage, tel que vendeur dans un petit magasin. L'assuré devrait apprendre à utiliser une caisse enregistreuse et à taper les articles de la main gauche. Il obtiendrait peut-être un meilleur rendement. Cependant, lorsque nous discutons avec l'assuré de la réalisation de tâches peut-être adaptées, il parle tout de suite des limitations qu'il dit avoir au poignet droit.

#### **E. 24**

Le 26 janvier 2004, le Dr H\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, de la permanence du Rond-point, a indiqué qu'il n'avait reçu le patient qu'à deux reprises.

#### **E. 25**

Le 26 janvier 2004, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était stationnaire et que le patient présentait un alcoolisme chronique et un état dépressif.

#### **E. 26**

Le rapport final de la réadaptation professionnelle du 2 avril 2004 propose un examen médical global de l'assuré, physique, psychiatrique ainsi que de l'alcoolologie. Des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas envisageables.

#### **E. 27**

Le 5 avril 2004, le Dr H\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2). Il suivait le patient depuis le 12 janvier 2004. Celui-ci avait commencé à consommer de l'alcool après son accident, comme anxiolytique et antidépresseur. Il se plaignait d'insomnie, de fatigue, de tristesse, de manque d'envie de faire les tâches quotidiennes. Il n'avait pas montré une évolution favorable et était incapable de travailler (dépression et dépendance à l'alcool). Il présentait les symptômes suivants : humeur déprimée, perte d'intérêt ou de plaisir, diminution de l'énergie ou fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime de soi, pensées suicidaires (pas actuellement), altération de la capacité à penser ou à se concentrer, perturbation du sommeil, perte marquée de la libido, incapacité à faire face aux responsabilités habituelles, parle moins que la normale, ralentissement. L'alcoolisme avait entraîné des troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool et était lui-même la conséquence d'une atteinte à la santé.

A/3954/2007 - 6/15 -

#### **E. 28**

Le 10 novembre 2004, la Dresse F\_\_\_\_\_ a écrit à l'OCAI que l'assuré avait été hospitalisé du 30 juin au 8 juillet 2004 pour un infarctus inféro-latéral sur sténose de la coronaire droite. Il avait diminué sa consommation d'alcool et de tabac. Elle a transmis le rapport du 9 juillet 2004 du service médical des HUG selon lequel durant le séjour un diabète de type II avait été diagnostiqué. Une réadaptation cardiaque était ordonnée à Beau-Séjour en ambulatoire.

#### **E. 29**

Le 18 avril 2005, le Dr H\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI. Il a diagnostiqué des troubles anxieux et dépressif mixtes (F41.2), une anxiété généralisée (F41.1), un trouble panique [anxiété épisodique paroxystique] (F41.0) et des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool continue (10.25). Le patient était suivi d'une manière irrégulière pour un traitement de psychothérapie et médicamenteux. Jusqu'à présent il n'avait pas montré une évolution favorable. L'incapacité de travail était totale. Il présentait les symptômes suivants : humeur déprimée, symptômes anxieux d'origine autonome, perte d'intérêt et de plaisir, diminution de l'énergie et fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime de soi, pensées suicidaires, altération de la capacité à penser et à se concentrer, incapacité à faire face aux responsabilités habituelles.

#### **E. 30**

A la demande de l'OCAI, le Dr H\_\_\_\_\_ a précisé le 29 août 2005 que l'assuré était suivi d'une manière très irrégulière, la dernière consultation ayant eu lieu le 11 mai 2005. Il prenait les médicaments irrégulièrement et continuait de consommer de l'alcool. Le patient était anosognosique. Il présentait des séquelles liées à son éthylisme soit l'obnubilation de la conscience, un état confusionnel occasionnel et de troubles chroniques de la mémoire récente.

#### **E. 31**

Le 2 septembre 2005, l'OCAI a informé l'assuré qu'il devrait prendre contact avec un centre spécialisé en alcoologie dans un délai de trois mois.

#### **E. 32**

Le 10 novembre 2005, l'assuré a informé l'OCAI qu'il avait rendez-vous le 22 novembre à la consultation d'alcoologie des Acacias.

#### **E. 33**

Le 30 janvier 2006, le Dr H\_\_\_\_\_ a mentionné que l'état de santé s'était amélioré. Le diagnostic posé était celui de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation épisodique (F10.26). Il relève que le patient est toujours suivi d'une manière très irrégulière, mais qu'il a montré une nette amélioration depuis quelques mois, à tel point qu'il ne présente plus de symptomatologies anxio-dépressives et sa consommation d'alcool est diminuée. De plus, d'après lui, il mène une vie active. Le patient est suivi pour une psychothérapie de soutien de temps en temps. Son état psychique est fluctuant d'une période à l'autre. Son évolution est relativement favorable et son pronostic est bon. D'un point de vue psychiatrique, l'assuré était capable de travailler à 50 %, en raison de l'état psychique fluctuant. Il avait vu le patient les deux dernières fois les 24 novembre 2005 et 25 janvier 2006.

**E. 34**

Le 28 février 2006, le Dr I\_\_\_\_\_ de la consultation des Acacias des HUG a rendu un rapport médical AI. Il a diagnostiqué un état dépressif moyen (F32.10), Sp arthrodèse radio-scapho-lunaire et curetage d'un kyste au niveau du radius, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, consommation continue (F10.25). Le patient rapporte consommer de l'alcool de façon irrégulière depuis l'âge de dix-huit ans. Il avait augmenté progressivement sa consommation d'alcool dans le but de s'anesthésier pour faire face au conflit de couple. Sa consommation serait devenue problématique entre 1998 et 1999. Toutefois, après sa mise en arrêt maladie pour des problèmes somatiques en 2000, la situation s'était nettement dégradée avec augmentation de sa consommation d'alcool de manière importante avec perte de contrôle et apparition de black out. Actuellement le patient était suivi régulièrement par des entretiens médico-infirmiers dans le but de le préparer à un sevrage en milieu hospitalier au vu de ses antécédents cardiaques. Par la suite, il sera travaillé la consolidation de son abstinence. Pour l'instant, le travail motivationnel en vue d'un sevrage était rendu difficile par les épisodes dépressifs du patient qui exprime dans ces moments- là l'envie de lâcher prise. Au vu de l'anamnèse, il était probable que l'état dépressif soit antérieur aux alcoolisations et que ce dernier soit accentué par la prise de toxiques. Cependant afin de pouvoir se déterminer sur la relation dépression/alcool, il faudrait que le patient présente une abstinence de plusieurs semaines voir plusieurs mois. L'état dépressif était à son avis suffisamment important pour empêcher actuellement encore une reprise de travail.

**E. 35**

Le 17 mai 2006, le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré qu'en l'absence de troubles psychiatriques durables, la diminution de la capacité de travail à 50 % n'était pas justifiée. Physiquement l'assuré pouvait être considéré comme apte à travailler à 100 % dans un poste qui évite les mouvements sollicitant particulièrement le poignet droit; par contre, si l'usage des mains n'est pas négligeable, alors on pouvait admettre une baisse de rendement de 20 à 30 % environ, et cela depuis septembre 2001 (situation stabilisée du poignet depuis cette date, rapport du Dr A\_\_\_\_\_).

**E. 36**

Le 26 janvier 2007, la réadaptation professionnelle a estimé que le degré d'invalidité était de 26,5 % calculé sur un revenu d'invalidité de 39'913 fr. annuel basé sur l'ESS 2000, activité de niveau 4, adapté à 2001, sans déduction et à 100 % avec une baisse de rendement de 30 % ainsi qu'un revenu sans invalidité de 54'298 fr. en 2001.

**E. 37**

Par projet d'acceptation de rente du 14 juin 2007, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1er juillet au 30 novembre 2001 en considérant que l'incapacité de travail était totale du 18 juillet 2000 au 31 août 2001 et qu'il existait dès cette date un degré d'invalidité de 26,5 % fondé sur une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

A/3954/2007 - 8/15 -

**E. 38**

Le 5 juillet 2007, l'assuré a écrit à l'OCAI qu'il contestait l'amélioration de son état de santé depuis septembre 2001 dès lors qu'il avait souffert de diabète et d'un infarctus. Une rente à

100 % était justifiée.

**E. 39**

Par décision du 3 octobre 2007, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière de juillet à novembre 2001.

**E. 40**

Le 20 octobre 2007, l'assuré, représenté par le Forum Santé, a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à la reconnaissance d'une invalidité totale jusqu'au 31 juillet 2005 ainsi qu'à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire afin d'évaluer sa capacité de travail au-delà du 31 juillet 2005. Une personne de l'OCAI s'était curieusement opposée à la mise sur pied d'un examen médical global pourtant suggéré dans le rapport médical final de l'OCAI du 2 avril 2005. Or, le Dr H\_\_\_\_\_ avait clairement attesté de troubles psychiatriques engendrant une incapacité de travail de 100 % depuis l'accident jusqu'à juillet 2005 puis à 50 %. L'OCAI s'était arbitrairement écarté des pièces médicales au dossier et n'avait pas investigué les conséquences de l'infarctus et des autres pathologies. Enfin, c'était à tort que l'OCAI avait refusé un abatement sur le revenu d'invalidité dès lors qu'il ne pouvait plus qu'exercer une activité légère, qu'il parlait mal le français et était affecté de troubles mentaux et du comportement.

**E. 41**

Le 12 novembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours en soulignant que le SMR avait constaté l'absence de troubles psychiatriques durables.

**E. 42**

Le 9 janvier 2007, le recourant a déclaré accepter l'expert et la mission d'expertise.

**E. 43**

Le 15 janvier 2007, l'intimé s'est référé à un avis du SMR du 9 janvier 2008 selon lequel il n'y avait pas de questions supplémentaires à poser à l'expert ni aucun motif de récusation à faire valoir à l'encontre de celui-ci. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959. 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,

A/3954/2007 - 9/15 - 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne une demande de prestations du 23 mai 2001. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle

générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). 3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. 4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité. 5. a) 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), 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. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004,

A/3954/2007 - 10/15 - l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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. c) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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). 6. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales 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. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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). 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

A/3954/2007 - 11/15 - 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 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). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale 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 judiciaire 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). e)

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

A/3954/2007 - 12/15 - 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). 7. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 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 298 consid. 4c in fine). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs

A/3954/2007 - 13/15 - psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non

une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3). A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a). 8. Dans le cas d'espèce, le Dr H \_\_\_\_\_ a attesté qu'il suivait le patient depuis le 12 janvier 2004, que celui-ci présentait une incapacité de travail totale (avis du 18 avril 2005) puis, en raison d'une amélioration de son état de santé, une incapacité de travail à 50 % (avis du 30 janvier 2006). Quant au Dr I \_\_\_\_\_, il a estimé le 28 février 2006 que l'état dépressif empêchait encore une reprise de travail. Or, l'intimé s'est succinctement prononcé sur l'aspect psychiatrique du dossier par un avis du Dr G \_\_\_\_\_ du 17 mai 2006 lequel se borne à considérer qu'il n'y a pas de troubles psychiatriques durables justifiant une incapacité de travail à 50 %, sans se prononcer sur la période d'incapacité de travail totale attestée par le Dr H \_\_\_\_\_. 9. Dans ces conditions, il est nécessaire d'ordonner une expertise psychiatrique qui sera confiée au Dr J \_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à 1010 Lausanne. En revanche, l'aspect somatique a été évalué dans le cadre de la procédure LAA par le Dr D \_\_\_\_\_, par la clinique romande de réadaptation ainsi que par le Dr A \_\_\_\_\_ dont les avis convergent. Il ne sera ainsi pas ordonné une expertise pluridisciplinaire comme requis par le recourant.

A/3954/2007 - 14/15 -

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