

GE_GERICHTE ATAS/1164/2008 vom 16. Oktober 2008

GE Cour de justice, 2008-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1164_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1164/2008 du 16 octobre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1164/2008 del 16 ottobre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, est applicable en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 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). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont applicable au droit à la rente dès le 1er janvier 2004. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision du 31 janvier 2008 a été reçue par la recourante le 4 février 2008 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception (art. 38 al. 1 et 60 al. 2 LPGA)

A/720/2008 - 8/14 - de sorte que le recours du 5 avril 2008 a été formé en temps utile, le dernier jour du délai (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 4

La qualité pour recourir de l'institution de prévoyance n'est pas contestable au regard de l'art. 49 al. 4 LPGA et de la jurisprudence prévoyant que l'assureur LPP dispose d'un droit de recours propre dans les procédures régies par la LAI (ATF 129 V 73 consid. 4.2.2). En effet, l'art. 49 al. 4 LPGA dispose que l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire (1ère phrase). Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (2ème phrase).

E. 5

Le litige porte sur le degré d'invalidité de l'appelée en cause et, plus particulièrement, sur son droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

E. 6

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). Selon 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 124 V 268 consid. 3c; VSI 1996 p. 317, 320 et 323). 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. 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

A/720/2008 - 9/14 - 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

E. 7

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). 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 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). Ainsi, 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). 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

A/720/2008 - 10/14 - 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 351 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

E. 8

La recourante soutient que l'appelée en cause n'a pas droit à une rente au motif qu'elle ne présente pas d'atteinte à la santé mentale invalidante. Elle prétend que l'incapacité de travail de l'intéressée n'est pas liée à une maladie psychique mais résulte exclusivement de son alcoolodépendance. L'appelée en cause fait valoir quant à elle qu'elle n'est plus en mesure

d'exercer une activité lucrative en raison de troubles psychiques invalidants et qu'elle n'est pas dépendante à l'alcool selon les critères du « DSM IV » de sorte que son invalidité n'est pas due à l'alcoolisme. L'intimé a admis l'invalidité totale de l'assurée sur la base des rapports d'expertise du Dr L. _____ et de l'avis du SMR du 16 octobre 2007. En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 23 février 2006, le Dr L. _____ relève que probablement depuis de nombreuses années, l'assurée consomme de l'alcool lorsqu'elle se sent triste. Il diagnostique des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool - syndrome de dépendance, actuellement abstinente, mais prend des médicaments bloquants (F. 10.23), un trouble dépressif récurrent - épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F. 33.3) et une personnalité dépendante (F. 60.7). Il estime que dans la profession de serveuse, le taux de l'incapacité de travail actuelle est entier. Il explique que l'assurée présente une histoire caractérisée de dépendance affective dans la mesure où elle a perdu son père très jeune et a été exploitée par sa mère inaffektive de sorte qu'elle s'aliène à elle-même dans le but de recevoir un peu de reconnaissance et d'amour. Puis, dans son rapport d'expertise du 23 janvier 2007, il confirme les diagnostics et les conclusions de son expertise du 23 février 2006. Il relève que l'assurée reste cantonnée dans un rôle immature où les autres décident pour elle comme cela s'est toujours passé. Il précise que cette attitude dépendante relève de sa naissance de sorte que chacune de ses réactions est caractérisée par une attitude défensive infantile et une prise de position anaclitique.

A/720/2008 - 11/14 - La recourante conteste le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques, au motif que le status ne décrit pas de tels troubles. Contrairement à ce qu'elle prétend, des symptômes psychotiques sont décrits par le Dr L. _____ puisque, dans son rapport du 23 janvier 2007, il mentionne des hallucinations cénesthésiques au réveil, auditives et visuelles. En revanche, bien qu'il retienne des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, l'expert n'explique pas s'ils ont provoqué l'alcoolodépendance ou s'ils sont consécutifs à celle-ci et, dans cette dernière hypothèse, s'ils existent même en cas de sevrage. En outre, il ne se prononce pas davantage sur le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assurée moyennant un traitement thérapeutique. Par conséquent, faute de motivation suffisante et d'examen des critères déterminants en assurance-invalidité, ses rapports d'expertise n'ont pas de valeur probante. En revanche, dans son rapport du 8 juin 2007, le Dr P. _____ expose que la consommation d'alcool est connue pour diminuer l'impact tant des interventions thérapeutiques, psychothérapeutiques que pharmacologiques pouvant être utilisées pour le traitement des comorbidités psychiatriques de cette patiente de sorte qu'il convient de mettre en place un programme de soins spécialisés en abus de substances pour lui permettre de devenir abstinente. Dans l'annexe au rapport médical, il considère que l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible et qu'on ne peut pas exiger de l'assurée qu'elle exerce une autre activité, mais qu'après l'amélioration de la santé psychique, un changement d'activité pourrait constituer un élément diminuant le risque de rechute alcoolique. Les explications du Dr P. _____ laissent envisager la possibilité d'un traitement des comorbidités psychiatriques après la mise en œuvre d'un programme de soins permettant à l'assurée de devenir abstinente ainsi qu'un changement d'activité professionnelle pour éviter le risque de rechutes. Par conséquent, elles semblent confirmer que les troubles présentés par la recourante ne sont pas durables. Toutefois, elles ne permettent pas davantage de statuer sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité dès lors que ce médecin ne se prononce pas clairement sur le caractère invalidant des troubles psychiques et pas du tout sur le caractère primaire ou secondaire de l'alcoolodépendance. Quant à l'avis

du Dr Q_____ du 16 octobre 2007, bien qu'il conclue à la présence d'une maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée, il ne motive en rien son appréciation de sorte qu'il n'a pas davantage de valeur probante d'autant plus qu'il a pris position sur la base d'un dossier incomplet puisqu'il ne disposait pas du premier rapport d'expertise du Dr L_____. Pour sa part, le Dr O_____ conteste que l'assurée soit dépendante à l'alcool selon les critères du « DSM IV ». Etant donné que le médecin traitant n'est pas

A/720/2008 - 12/14 - psychiatre mais spécialiste en médecine interne, sa prise de position sortant de son domaine de spécialité ne saurait être retenue au regard des divers avis psychiatriques diagnostiquant une telle dépendance. Enfin, dans son rapport du 13 mars 2008, le Dr R_____ considère que l'image pathologique de l'assurée est marquée par la consommation chronique d'alcool et qu'avec un sevrage, qui est exigible de sa part, elle serait de nouveau apte à remplir ses tâches sociales. Toutefois, dans sa prise de position, il n'explique en rien pourquoi un sevrage est exigible de la part de l'assurée. En revanche, il affirme péremptoirement qu'une alcoolodépendance n'est pas une maladie psychique au sens de la LAI sans toutefois examiner si elle est secondaire ou primaire. Par conséquent, faute d'être suffisamment motivé et de reposer sur des constatations pertinentes, son rapport n'a aucune valeur probante.

E. 9

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). D'après l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (principe inquisitoire; voir ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). L'instruction d'office a, toutefois, des limites. En effet, ce principe ne signifie pas que l'administration devrait examiner d'office tout ce qui est affirmé. Elle doit seulement clarifier l'état de fait, lorsqu'il existe encore des incertitudes et des éléments peu clairs. (cf. ATF 100 V 63). Par ailleurs, l'assureur peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, il ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2, p. 324; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06], consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la

A/720/2008 - 13/14 - procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Le renvoi à l'administration apparaît

en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'espèce, avant de rendre sa décision d'octroi d'une rente entière d'invalidité, l'intimé n'a pas examiné le caractère primaire ou secondaire de l'alcoolodépendance de sorte qu'il a constaté les faits de façon sommaire et a failli à son devoir d'instruction d'office. Par conséquent, le dossier doit lui être renvoyé pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès d'un spécialiste en dépendance d'alcool afin que ce dernier se prononce sur le caractère invalidant et le degré de gravité des troubles psychiques de l'assurée, sur le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par cette dernière, moyennant au besoin un traitement thérapeutique, sur le caractère primaire ou secondaire de l'alcoolodépendance et sur la persistance ou non des troubles psychiques même en cas de sevrage.

E. 10

Étant donné que le Tribunal de céans n'a pas reconnu de valeur probante au rapport du Dr R_____, il n'y a pas lieu d'accéder à la requête de l'assurée, qui demandait à être entendue par le Tribunal de céans pour contester ledit rapport. D'autant que l'art. 29 al. 2 Cst. n'implique pas un droit à être entendu oralement (ATF 130 II 429 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4c), mais limite le droit d'être entendu à des prises de position écrites (Pra 2003 n° 97 p. 520 consid. 2.6; ATF non publié du 13 novembre 2002, 4P.195/2002; ATF 125 I 219 consid. 9b et AHI 1993 p. 41 consid. 3b concernant l'art. 4 aCst), à moins qu'une disposition légale donne expressément le droit à être entendu oralement (cf. Pra 2003 n° 97 p. 520 consid. 2.6). L'art. 42 LPGA ne prévoit pas expressément le droit à être entendu oralement dans le cadre de la procédure administrative (ATFA non publié du 20 septembre 2005, C 128/04 consid. 1.2).

E. 11

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 31 janvier 2008 annulée au sens des considérants.

E. 12

Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/720/2008 - 14/14 -

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