

# **GE\_GERICHTE ATAS/1235/2009 vom 7. Oktober 2009**

GE Cour de justice, 2009-10-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1235\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1235_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1235/2009 du 7 octobre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1235/2009 del 7 ottobre 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Le Tribunal de céans a déjà examiné la question de sa compétence, de la recevabilité du recours, du droit applicable et de l'objet du litige dans l'ordonnance d'expertise du 28 novembre 2008 de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points (ATAS/1388/2008).

### **E. 2**

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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version dès le 1er janvier 2004), 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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas

A/617/2008 - 9/14 - 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 298 consid. 4c in fine). 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, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6) qui ne constitue pas à lui seul une base suffisante pour conclure à une invalidité. En effet, 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). Selon la jurisprudence, la toxicomanie 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). 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

A/617/2008 - 10/14 - 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). 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. 3**

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 LPG), 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, 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

A/617/2008 - 11/14 - 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 351 consid. 3b/aa).

#### **E. 4**

En l'occurrence, le Tribunal de céans a mandaté le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu un rapport daté du 4 mai 2009. Ce médecin a diagnostiqué avec incidence sur la capacité de travail un syndrome de dépendance aux opiacés (F11.22), un syndrome de dépendance à la cocaïne (F14.20), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.0) ainsi qu'un trouble hyperkinétique, sans précisions (F90.9). En outre, le recourant souffre de séquelles neuropsychiatriques dues aux longues années de consommation, à savoir surtout des troubles cognitifs sévères (notamment mémoire, attention et concentration, raisonnement et prise de décision), ainsi qu'une apathie, un ralentissement psychique et moteur et une démotivation. L'expert a considéré que les limitations psychiques, mentales et sociales sont très importantes : les troubles cognitifs sévères (mémoire, attention et concentration, raisonnement et prise de décision, etc.), l'anxiété envahissante et invalidante, l'important ralentissement psychomoteur, le manque de confiance en soi, l'apathie, la fatigue et l'épuisement de ses ressources psychiques entraînent chez le recourant une totale incapacité de travail dans toute activité. Par ailleurs, le Dr R\_\_\_\_\_ a précisé que les troubles du comportement et de la personnalité dont souffre le recourant à savoir (le THDA et des traits de personnalité anxieux et dépendants) remontent à l'enfance et à l'adolescence, et que ces troubles sont apparus bien avant la poly-toxicomanie. Les traits de personnalité anxieuse, amplifiés par le traumatisme de l'abus sexuel subi à l'âge de huit ans, avaient contribué au développement de la toxicodépendance, la prise de substances psycho-actives pouvant être considérée comme une tentative, évidemment inappropriée, d'automédication. Le Tribunal de céans constate que l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ repose sur quatre entretiens avec le recourant, l'étude du dossier médical, la consultation des pièces médicales auprès des HUG et un examen neuropsychologique pratiqué le 13 février 2009 par Mmes I\_\_\_\_\_ (psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP) et G\_\_\_\_\_ (psychologue diplômée FSP). L'anamnèse (familiale, personnelle, professionnelle, médicale et

psychiatrique) est détaillée et les plaintes du recourant ont été prises en considération. L'expertise est en outre très bien motivée puisqu'elle explique pourquoi l'expert a retenu les diagnostics précités et pourquoi il a admis une incapacité de travail entière. Notamment, l'expert expose de façon convaincante pourquoi il considère que les troubles psychiques du recourant ont favorisé le début de la consommation de toxiques, de sorte que ses conclusions sont dûment motivées. En outre, l'appréciation du Dr R\_\_\_\_\_ concorde avec

A/617/2008 - 12/14 - celles des Drs L\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière à son rapport d'expertise. L'intimé conteste la valeur probante du rapport d'expertise au motif que le diagnostic de trouble du comportement (THDA) a été posé sur la seule base d'éléments anamnestiques et que ce diagnostic ne serait, de l'avis du 9 juin 2009 de la Dresse P\_\_\_\_\_, qu'une pure supposition. Cette dernière fait valoir que le recourant a tout de même obtenu un CFC de vendeur en 1996, ce qui irait, selon ce médecin, à l'encontre du diagnostic posé par l'expert. Le Tribunal de céans relèvera tout d'abord que la critique du diagnostic de THDA émane d'un médecin généraliste qui ne saurait contester un diagnostic posé par un expert judiciaire psychiatre, de surcroît spécialiste en matière de THDA, par la simple affirmation que le diagnostic serait « une pure supposition ». Quoi qu'il en soit, le Tribunal de céans note qu'après avoir admis que la présence d'un THDA est difficile à diagnostiquer chez un sujet souffrant d'une toxicodépendance sévère et d'un état anxio-dépressif chronique, l'expert a de manière convaincante expliqué pour quelles raisons il retenait ce diagnostic chez le recourant, à savoir la présence de caractéristiques comportementales évocatrices (distractibilité et déficit attentionnel, agitation, turbulence, forte impulsivité), associées à des difficultés d'acquisition de la lecture. Ces troubles avaient en outre entraîné d'importants problèmes scolaires et d'apprentissage (cf. pt 5 du rapport d'expertise). Si, comme le fait valoir la Dresse P\_\_\_\_\_, le recourant a certes obtenu un CFC de vendeur, il n'en demeure pas moins que tous les rapports versés au dossier font état des difficultés scolaires rencontrées par le recourant dès son plus jeune âge : il a doublé la 2ème primaire, puis la 8ème et la 9ème, il n'a pas obtenu un CFC de mécanicien en raison de résultats insuffisants, et enfin, il a réussi à obtenir un CFC de vendeur après avoir préalablement subi un premier échec aux examens. Par ailleurs, selon la Dresse P\_\_\_\_\_, l'expert n'aurait pas précisé dans quelles circonstances s'était installée la toxicomanie et il ne répondrait pas clairement sur l'évolution de l'état de santé. Or, contrairement à ce que prétend la Dresse P\_\_\_\_\_, l'expert a dûment expliqué l'étiologie de la toxicodépendance et l'évolution de l'état de santé du recourant. On rappellera que l'expert a en effet considéré que le recourant souffre de troubles du comportement et de la personnalité remontant à l'enfance et à l'adolescence, à savoir un THDA et des traits de personnalité anxieux et dépendants, apparus très tôt. L'expert a ajouté que l'expertisé a, par ailleurs, manifesté très jeune des traits de personnalité anxieuse : timidité, inhibition sociale, manque de confiance en soi, etc. Ces dispositions tempéramentales, amplifiées par le traumatisme de l'abus sexuel subi à l'âge de huit ans, ont contribué au développement de la toxicodépendance. La consommation de toxiques avait commencé dès l'âge de 14 ans et avait rapidement pris la forme d'une dépendance sévère à de multiples substances. En 2004, l'état

A/617/2008 - 13/14 - psychique du recourant s'était progressivement détérioré, nécessitant la prise de neuroleptiques. A partir de 2005, le recourant a multiplié les séjours à Belle-Idée,

il a connu des états pathologiques liés à la consommation de fortes doses de cocaïne, ainsi que des états dépressifs attestés par les rapports médicaux. En définitive, dans son rapport du 9 juin 2009, la Dresse P\_\_\_\_\_ s'est contentée d'exprimer une opinion différente de celle de l'expert judiciaire au moyen d'un avis médical insuffisamment motivé et peu convaincant, sans établir l'existence de données concrètes à cet effet. Quant au rapport d'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ du 13 août 2007, dans son ordonnance d'expertise du 28 novembre 2008, le Tribunal de céans a jugé qu'il ne remplissait pas les critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante d'une expertise. Il apparaît ainsi qu'il n'existe aucune circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions de l'expert judiciaire. Au vu de ces conclusions, il convient de retenir que les troubles psychiques dont souffre le recourant depuis son enfance ont entraîné la consommation de substances toxiques. Force est donc de constater que la toxicomanie résulte de troubles psychiques, lesquels ont incontestablement valeur de maladie. En raison de ses troubles, l'expert a estimé que le recourant présente des limitations psychiques, mentales et sociales très importantes qui entraînent une totale incapacité de travail dans toute activité. Il s'ensuit que le degré d'invalidité du recourant se confond donc avec celui de l'incapacité de travail. En conséquence, le recourant doit se voir reconnaître un degré d'invalidité de 100% lui ouvrant droit à une rente entière d'invalidité à compter de janvier 2006, soit à l'issue du délai de carence d'une année (art. 29 al. 1 let. b LAI) à compter de janvier 2005, date à partir de laquelle il a multiplié les séjours à Belle-Idée et s'est définitivement retrouvé dans l'incapacité totale de travailler (cf. pt 11 et page 6 du rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_).

#### **E. 5**

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 28 janvier 2008 est annulée et le dossier renvoyé à l'intimé pour calcul de la rente. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 1000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/617/2008 - 14/14 -

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