

# **GE\_GERICHTE ATAS/1319/2012 vom 1. November 2012**

GE Cour de justice, 2012-11-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1319\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1319_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1319/2012 du 1 novembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1319/2012 del 1 novembre 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la

A/3586/2011 - 6/11 - Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 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, ATF 129 V 4 consid. 1.2, ATF 127 V 467 consid. 1, ATF 126 V 136 consid. 4b et les références citées). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de l'AI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date, eu égard au principe rappelé ci-dessus. Cela étant, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322).

### **E. 3**

Interjeté dans la forme prévue par la loi (art. 56 ss LPGA), le recours a été déposé au guichet dans le délai de 30 jours prévu à l'art. 60 LPGA). Il est dès lors recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié au recourant le droit à des prestations sur la base des éléments médicaux recueillis en dépit de l'absence de collaboration de l'intéressé.

### **E. 5**

En vertu de l'art. 43 LPGA, si un assuré refuse de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut - après avoir adressé à l'intéressé une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridique et lui avoir imparti un délai de réflexion convenable - se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. En l'espèce, cependant, les éléments médicaux recueillis permettent de penser que l'attitude du recourant et son absence de collaboration sont imputables, précisément à son problème d'addiction à

l'alcool et non à sa seule mauvaise volonté, de sorte que l'on peut douter du caractère inexcusable de son comportement. On ne saurait cependant reprocher à l'OAI d'avoir statué sur la base du dossier au vu de l'échec de ses tentatives pour mettre sur pied une expertise. Encore faut-il

A/3586/2011 - 7/11 - vérifier si c'est à juste titre que l'intimé, au vu des documents médicaux recueillis en dépit de l'attitude du recourant, a rejeté la demande de ce dernier.

#### **E. 6**

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, dans sa teneur dès le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 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. 1er LPGA et 4 al. 1er LAI). L'incapacité de gain est définie comme toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et si elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATF du 9 avril 2001, I 654/00, consid. 1; Meyer- Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

#### **E. 7**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256, consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2).

#### **E. 8**

a) 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 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). a)

A/3586/2011 - 8/11 - b) 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. À cet égard, il convient 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 (ATF 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid.1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'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 351, consid. 3b/bb). c) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF du 29 septembre 2008, 9C\_405/2008, consid. 3.2). d) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à

A/3586/2011 - 9/11 - l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Okt. 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n.72 ad art. 61).

## **E. 9**

a) De jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance- invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou qu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique,

mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF du 24 février 2010, 9C\_960/2009, consid. 2.2; ATF 124 V 265, consid. 3c). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI. On ne considère cependant pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté. Il n'y a en effet incapacité de gain que si l'atteinte à la santé n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2, 2ème phrase LPGa); la mesure de ce qui est exigible doit donc être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165).

#### **E. 10**

En l'espèce, force est de constater que l'expertise envisagée par l'intimé pour éclaircir la question de savoir si l'alcoolisme du recourant avait entraîné une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique invalidante ou résultait lui-même d'une telle atteinte n'a pu être menée à bien. Reste à examiner si les autres éléments qui ont pu être recueillis permettent de répondre à cette question. Dans son rapport du 28 janvier 2009, le médecin traitant n'a fait état que d'un éthylisme chronique. Le Dr B\_\_\_\_\_, en revanche, a évoqué les diagnostics de trouble affectif bipolaire, de trouble anxieux et de traits de personnalité mixte paranoïaque et dissociable, dont il a précisé qu'ils étaient probablement antérieurs à la prise d'alcool de sorte que la dépendance semblait leur être secondaire. Il n'a cependant pas indiqué quelle était leur influence exacte sur la capacité de travail de l'intéressé.

A/3586/2011 - 10/11 - Quant aux différents rapports émis par le département de psychiatrie de X\_\_\_\_\_ entre mai 2007 et novembre 2008, ils retiennent les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool comme diagnostic principal. Certes, certains de ces rapports évoquent également un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne mais ils précisent aussi que, selon l'anamnèse, le premier état d'ivresse de l'assuré remonte à son enfance (9-12 ans), contredisant ainsi l'affirmation du Dr B\_\_\_\_\_ selon laquelle les troubles seraient antérieurs à la consommation. Enfin, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé que la potomanie développée était sans influence sur la capacité de travail, tout comme le bref épisode de psychose réactionnelle survenu en 2000. En définitive, force est de constater que les éléments recueillis ne permettent pas de conclure que l'alcoolisme du recourant a entraîné une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique invalidante ou résulte lui-même d'une telle atteinte. La consommation excessive d'alcool demeure au premier plan. Il découle de ce qui précède que l'existence de troubles psychiques ayant une incidence sur la capacité de travail n'est pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations sur la base du dossier. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

A/3586/2011 - 11/11 -

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant A la forme :

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