

GE_GERICHTE ATAS/1375/2012 vom 15. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1375_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1375/2012 du 15 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1375/2012 del 15 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 depuis le 1er janvier 2011, la 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

Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445).

A/854/2012 - 8/15 -

E. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 20 septembre 2007.

E. 5

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain 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 qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 p. 261, 115 V 133 consid. 2 p. 134, 114 V 310 consid. 3c p. 314, 105 V 156 consid. 1 p. 158). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative: art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances: art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. b) Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352). 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

A/854/2012 - 9/15 - 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 p. 353). c) Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, 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). d) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique (ATF 127 V 294). 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 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

A/854/2012 - 10/15 - 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). e) D'après une 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 si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement additif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités). f) En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (cf. ATF non publié du 15 avril 2008, 9C_395/2007, consid. 2.2 et les références).

E. 7

En l'espèce, l'intimé a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à compter de septembre 2006. L'intimé s'est basé sur les conclusions des expertises

A/854/2012 - 11/15 - des Drs R_____ et T_____, dont il convient à présent d'examiner si elles peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante. Tel est manifestement le cas de l'expertise du Dr R_____ . En effet, son rapport se fonde sur

une anamnèse détaillée, un examen clinique de l'assurée et tient compte des plaintes rapportées par celle-ci ; il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. On relèvera que cette expertise a été menée alors que l'assurée était abstinente depuis quatre mois, ce qui a permis au médecin examinateur d'évaluer la situation hors l'influence de l'alcool. Le Dr R_____ a expliqué en détail quels étaient les éléments qui l'avaient conduit à retenir les différents diagnostics. S'agissant plus particulièrement de l'état dépressif sévère, il a indiqué que ses observations étaient corroborées par le résultat de l'échelle d'évaluation. S'agissant du trouble de la personnalité, il a précisé que ce dernier se définit comme un mode de comportement durable apparaissant au début de l'âge adulte, stable dans le temps et provoquant une souffrance et/ou un dysfonctionnement significatif. Dans le cas présent, l'expert a constaté chez l'assurée une certaine instabilité, peut-être depuis les débuts de l'âge adulte : les difficultés conjugales sont apparues très tôt, la stabilité professionnelle n'était pas bonne. Sans que la chose soit particulièrement frappante, l'expert a indiqué avoir tout de même l'impression de dysfonctionnement et de souffrances psychiques apparues très tôt dans l'histoire de l'assurée. Il a également relevé une problématique d'abandon, une impulsivité, des tentatives et menaces suicidaires, une instabilité affective, un sentiment chronique de vide, des idéations persécutives et des symptômes dissociatifs hautement vraisemblables. En conséquence, six au moins des manifestations requises par le DSM IV pour conclure à un trouble de personnalité borderline (cinq suffisent pour poser le diagnostic) étaient donc présentes. A cet égard, on relèvera d'ailleurs que la majorité des autres médecins spécialistes et experts ayant eu à donner leur opinion ont retenu le diagnostic de trouble de la personnalité ; seuls les médecins-conseil de la recourante ont mis ce dernier en doute mais - comme on le verra infra - leurs conclusions ne sauraient se voir reconnaître valeur probante. A la question de savoir s'il existait une atteinte psychiatrique ou cérébro-organique qui serait la conséquence des abus de substances, l'expert a répondu par la négative. En revanche, il a répété que le trouble de la personnalité ne faisait guère de doute - même s'il était difficile de prouver que les dysfonctionnements et la souffrance psychique significative remontaient au début de l'âge adulte - car le tableau clinique présentait des caractéristiques tout de même très parlantes, remplissant indiscutablement les critères diagnostiques du trouble de personnalité borderline.

A/854/2012 - 12/15 - L'expert a précisé que cette pathologie, bien que non incapacitante en elle-même, précédait la problématique de dépendance, qui apparaissait dès lors secondaire et non primaire. Le Dr R_____ a indiqué qu'en réalité, c'était la problématique dépressive, sévère et préoccupante, qui était invalidante, indépendamment des autres problèmes. Il a souligné que les comportements suicidaires de l'assurée n'avaient rien de banal et que cette tendance avait été constamment présente depuis 2005. Selon l'expert, il n'y jamais eu de rémission complète depuis le 18 septembre 2006. L'épisode dépressif a eu des caractéristiques de sévérité extrême allant jusqu'à des symptômes psychotiques. Il restait sévère au moment de l'expertise, avec quasiment tous les critères requis par la CIM-10 pour ce degré de gravité. A cet égard, l'expert a indiqué que le score de l'échelle d'évaluation de Hamilton conduisait à une valeur que l'on trouvait "volontiers chez les sujets hospitalisés en milieu psychiatrique". En conclusion, le trouble dépressif majeur avait valeur incapacitante et était suffisamment sévère pour justifier une incapacité de travail en soi. L'expert a souligné qu'il était persuadé que l'assurée serait incapable de travailler même en l'absence de problèmes avec les substances psycho-actives puisque le trouble dépressif sévère persistait en dépit de l'arrêt de la consommation d'alcool. En définitive, l'expert a

conclu à une incapacité de travail de 80 %, qu'il a fait remonter au 18 septembre 2006. Il a ajouté que le traitement pouvait être considéré comme adéquat tant en qualité qu'en quantité et que des mesures professionnelles n'avaient guère de sens car l'assurée serait probablement tout juste capable d'œuvrer dans une activité occupationnelle. Le pronostic à longs terme n'était pas bon, le risque suicidaire pas négligeable. Dûment motivé et argumenté, ce rapport d'expertise peut se voir reconnaître pleine valeur probante, d'autant qu'il est concorde avec les conclusions du Dr L_____ et celles du CHUV. Qui plus est, il répond à la demande formulée par le Tribunal cantonal puisqu'il se prononce sur le caractère secondaire ou primaire de la dépendance. Il en va de même de celui du Dr T_____, dont on relèvera que les conclusions concordent avec celles du Dr R_____ puisque l'expert du CHUV a lui aussi conclu qu'aucune activité professionnelle ou de réinsertion n'était envisageable. Il a expliqué que le trouble dépressif chronique se manifestait notamment par une fatigabilité, des difficultés motivationnelles importantes, une difficulté à sortir du domicile et à entrer en relation avec autrui, une anxiété diffuse, des troubles de l'attention et de la concentration et des perturbations du sommeil conduisant à une diminution drastique des activités et à une incapacité à assumer les responsabilités d'une vie autonome. Lui aussi a conclu à un trouble de la

A/854/2012 - 13/15 - personnalité se manifestant par des réactions inflexibles profondément enracinées et inadaptées à des situations personnelles et sociales variées. L'expert a conclu à une totale incapacité de travail en raison des pathologies psychiatriques et a émis l'avis que le degré d'incapacité de travail avait fluctué entre 80 et 100% depuis 2006. Tout comme le Dr R_____, le Dr T_____ a dûment motivé sa position et détaillé les raisons qui le conduisaient à retenir tel ou tel diagnostic. En l'espèce, ce ne sont donc pas moins de quatre expertises qui ont été mises en œuvre qui, toutes, ont conclu à une incapacité de travail quasiment totale (de 80% à 100%). Certes, les deux premières expertises n'examinaient pas la question du caractère primaire ou secondaire de la dépendance. Celle du Dr R_____ a pallié à ce manque et ce, durant une période d'abstinence prolongée, ce qui lui confère une importance particulière. Quant à la dernière expertise mise en œuvre, elle n'avait pour objectif que de vérifier si les divergences entre le Dr R_____ et le Dr Q_____ relevaient d'une simple différence d'appréciation ou d'une évolution de l'état de santé de l'assurée. Il n'y avait donc pas lieu d'examiner une nouvelle fois la question du caractère primaire ou secondaire de la dépendance, contrairement à ce que soutient la recourante, l'expertise du Dr R_____ ayant déjà clairement répondu aux questions du Tribunal cantonal. Ce grief de la recourante est donc écarté. Dans la mesure où la situation a été investiguée en détail, il n'y a pas lieu non plus de donner suite à la demande d'instruction complémentaire de la recourante. A cet égard, on relèvera que si le rapport du Dr R_____ remonte certes à septembre 2009, il a été confirmé depuis lors par les conclusions de l'expert du CHUV.

E. 8

Quant aux avis émis par le Dr Q_____, le Tribunal cantonal a d'ores et déjà indiqué que le premier (celui du 13 mars 2008), ne pouvait se voir reconnaître la moindre valeur probante dans la mesure où le médecin en question n'expliquait en rien pourquoi un sevrage était exigible de la part de l'assurée et se contentait d'affirmer péremptoirement que l'alcoolisme n'était pas une maladie psychique invalidante. Il en va de même du second avis émis le 2 juin 2010, puisqu'il est apparu, après interrogation du psychiatre traitant et nouvelle expertise, que les divergences entre les observations du Dr Q_____ et

celles du Dr S_____ s'expliquaient non pas par une évolution de l'état de santé de l'assurée mais bel et bien par une appréciation différente.

E. 9

Il en va de même du rapport du Dr S_____ qui semble n'avoir pas été rédigé sur la base d'un dossier complet, d'une part, qui se contente de répondre de manière péremptoire et non motivée aux questions qui lui sont posées, d'autre part. Se basant sur des faits remontant à 2006 - c'est-à-dire bien avant le sevrage de l'assurée -, le médecin semble notamment douter de la compliance et de l'efficacité du traitement dont le Dr S_____ avait pourtant expressément indiqué qu'ils étaient parfaitement adéquats. Quant à l'argument selon lequel il aurait été tenu compte - à tort - de problèmes socioculturels, il convient de souligner qu'en

A/854/2012 - 14/15 - l'occurrence, les problèmes en question ne sont évoqués que parce qu'ils constituent les symptômes du trouble de la personnalité précisément mis en doute par la recourante. Enfin, l'argument selon lequel il serait impossible de poser ce diagnostic avant un sevrage tombe à faux puisque, précisément, le Dr S_____ a confirmé le trouble de la personnalité en période d'abstinence. Enfin, on ne voit pas en quoi l'intimé aurait violé le principe de la primauté de la réadaptation puisque, précisément, il s'est penché sur la question de savoir si celle-ci était envisageable, question à laquelle il a été clairement répondu par la négative tant par le Dr S_____ que par le Dr T_____. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimé a suivi les avis des Drs S_____ et T_____ et a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière. Le recours est donc rejeté.

A/854/2012 - 15/15 - 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.