

## **GE\_GERICHTE ATAS/1391/2008 vom 28. November 2008**

GE Cour de justice, 2008-11-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1391\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1391_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1391/2008 du 28 novembre 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1391/2008 del 28 novembre 2008

### **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 6 novembre 2007 de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points.

#### **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). 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 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), 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.

A/1570/2006 - 11/18 -

#### **E. 3**

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, une dépendance comme l'alcoolisme 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 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,

A/1570/2006 - 12/18 - 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. 4**

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 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).

A/1570/2006 - 13/18 - 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 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 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b /ee).

## **E. 5**

En l'espèce, le Dr V \_\_\_\_\_ diagnostique un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, une amnésie dissociative et une personnalité émotionnellement labile type impulsif. Il considère que le diagnostic de trouble dépressif récurrent ne fait aucun doute puisqu'il y a eu deux épisodes dépressifs sévères séparés d'un intervalle libre. Il précise qu'il s'agit même d'un trouble dépressif récurrent d'une gravité certaine car les deux épisodes ont été sévères et accompagnés de symptômes psychotiques (idées délirantes de persécution). Selon lui, il est délicat de parler de troubles de la personnalité au sens clinique lorsqu'on ne dispose pas d'information documentée sur l'existence de dysfonctionnements émotionnels et psycho-sociaux dès le début de l'âge adulte. Toutefois, d'une part, les descriptions faites par les psychiatres traitants de comportement impulsif depuis 2001 sous forme de fonctionnement pathologique à répétition avec idéation persécutoire et

comportements violents ou menaçants en cas de contrariété, frustration ou conflit qui se sont manifestés notamment, mais pas exclusivement, sous alcool et, d'autre part, la mention par l'assuré qu'il se bagarrait quand il était jeune l'incitent à admettre que tous les critères d'un véritable trouble de la personnalité sont réunis. Il fait état d'informations vagues et imprécises du patient concernant les troubles actuels pour ce qui est du lieu, du temps et de la nature exacte des événements. Selon lui, ce phénomène de distanciation paraît particulièrement prononcé lorsqu'il est question des rapports de l'assuré avec les autres et des motifs pour lesquels il a arrêté de travailler. L'amnésie est sélective en tant qu'elle concerne plus particulièrement certains domaines, ce qui permet à l'expert de considérer qu'elle est psychogène. Quant à la distinction entre amnésie dissociative et simulation, le Dr V\_\_\_\_\_ estime que l'impression clinique est celle d'un sujet authentique, plutôt candide que rusé, dont les incohérences plaident contre une simulation. D'après lui, le recourant a probablement de la difficulté à

A/1570/2006 - 14/18 - gérer la réalité sociale et relationnelle en raison de la fragilité de sa personnalité et de l'angoisse sociale majeure caractérisant habituellement les personnalités émotionnellement labiles qui sont exposées à des bouffées impulsives socialement dommageables. La dissociation permet de mettre le sujet à l'abri de ses bouffées de violence au prix d'un retrait de la réalité sociale. Avant l'apparition du phénomène dissociatif, le patient a mis en œuvre d'autres mécanismes d'échappement hors de la réalité par le recours à l'alcool et le délire, la dissociation étant apparue tardivement dans l'histoire clinique, en septembre 2003. L'expert conclut à une capacité de travail nulle depuis la seconde hospitalisation à Belle-Idée, à savoir depuis le 22 octobre 2003. Il précise que le trouble dépressif n'est pas incapacitant, pas plus que le trouble de la personnalité qui, toutefois, a contribué à l'émergence et au maintien du trouble dissociatif qui est totalement incapacitant par l'ampleur du handicap fonctionnel dans les tâches quotidiennes nécessitant un besoin constant de l'aide de l'entourage et du personnel soignant. Si l'assuré devait se retrouver confronté à la nécessité de gérer des relations potentiellement conflictuelles avec des collègues de travail et des supérieurs, il est vraisemblable qu'il se mettrait assez vite à « dissocier » sur son lieu de travail, c'est-à-dire à dysfonctionner gravement, ce qui s'est probablement passé les derniers temps de son dernier emploi. L'expertise du Dr V\_\_\_\_\_ repose sur une anamnèse détaillée, les plaintes du recourant, une étude complète du dossier et des examens sanguins confirmant l'abstinence de l'assuré. Elle est complète et très bien motivée puisqu'elle explique pourquoi l'expert a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, d'amnésie dissociative ainsi que de personnalité émotionnellement labile type impulsif et pourquoi il a admis une incapacité de travail entière depuis le 22 octobre 2003. Notamment, l'expert expose de façon détaillée et convaincante pourquoi il s'écarte des conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ quant à une simulation et à l'absence d'incapacité de travail. Enfin, les conclusions du Dr V\_\_\_\_\_ sont confirmées par les médecins du Département de psychiatrie des HUG qui suivent le patient depuis octobre 2002. Le Tribunal de céans a donné la possibilité aux parties de se prononcer sur les expertises et de joindre toutes pièces utiles dans un délai courant jusqu'au 18 avril 2008. L'avis de la Dresse A\_\_\_\_\_ date du 4 mars 2008 et a donc été émis avant la clôture de l'instruction. De plus, le fait que le médecin de l'OCAI ne soit pas titulaire d'une spécialisation en psychiatrie ne justifie pas d'écarter son avis. On ne voit en effet pas en quoi un médecin, quelle que soit sa spécialisation, ne serait pas en mesure d'émettre un avis circonstancié sur la cohérence d'un rapport médical (ATF non publié du 29 août 2008, 9C\_575/2008, consid. 3.3). Par conséquent, il y a lieu d'examiner les

arguments de la Dresse A\_\_\_\_\_. Force est cependant de constater que l'appréciation de la Dresse A\_\_\_\_\_, qui juge les diagnostics retenus et l'évaluation de leurs répercussions peu convaincants,

A/1570/2006 - 15/18 - n'est motivé que par le fait que le diagnostic d'amnésie dissociative ne repose que sur les dires de l'assuré. Or, dans son expertise, le Dr V\_\_\_\_\_ a discuté le diagnostic d'amnésie dissociative et exposé de façon détaillée pourquoi il le retenait. Contrairement à ce que soutient la Dresse A\_\_\_\_\_, les explications de l'expert ne reposent pas seulement sur les plaintes du patient mais également sur des éléments objectifs, à savoir les troubles cognitifs sévères constatés par l'examineur, par l'employeur et par les médecins du Département de psychiatrie des HUG. Par ailleurs, le Dr V\_\_\_\_\_ a procédé à un examen critique des déclarations du recourant qui lui a permis de constater que le caractère ciblé de l'amnésie, qui concernait spécifiquement les souvenirs chargés affectivement, était un argument de poids en faveur du trouble dissociatif. De plus la distanciation émotionnelle que manifestait l'assuré lorsque l'expert insistait pour obtenir des détails sur les points chauds de l'anamnèse était typique du mécanisme dissociatif. Quant à l'argument de la Dresse A\_\_\_\_\_ selon laquelle il serait contradictoire que le recourant ne sache pas l'âge de sa fille, mais connaisse parfaitement le numéro de son propre téléphone portable, il ne convainc pas non plus. En effet, on ne voit pas en quoi une telle contradiction serait avérée dès lors que, selon les explications données par l'expert, l'amnésie dissociative est un moyen pour le recourant d'échapper à la réalité sociale et relationnelle qu'il n'arrive pas à gérer en raison de sa personnalité émotionnellement instable provoquant des bouffées de violence socialement dommageables en raison de son incapacité à faire face à une situation dépassant ses capacités adaptatives. Or, sa fille de 20 ans n'a plus voulu le voir depuis de nombreuses années, vraisemblablement depuis la séparation du couple en 1999, de sorte que l'amnésie concernant l'âge de cette dernière s'explique par le besoin d'échapper à des souvenirs chargés affectivement, à savoir l'absence de relations paternelles depuis que sa fille a eu 11 ans. Au demeurant, dans son rapport, l'expert a expressément relevé les incohérences de l'assuré et a expliqué, précisément, que ces incohérences plaident contre une simulation. En définitive, la Dresse A\_\_\_\_\_ ne parvient nullement à démontrer l'existence de contradictions manifestes et à expliquer en quoi les explications de l'expert ne seraient pas plausibles. Quant au Dr M\_\_\_\_\_, dans son rapport d'expertise du 11 mars 2003, il constate un évitement face aux questions relatives aux conséquences fonctionnelles des troubles psychiques qu'il interprète comme une simulation. Au vu de ce diagnostic, il considère que la capacité de l'assuré à moduler la présentation de ses symptômes psychiatriques relativise finalement toutes ses plaintes et que les incertitudes concernant son état réel ne permettent pas de retenir les critères de la dépression. Il est d'ailleurs frappant de constater que le Dr M\_\_\_\_\_ ne mentionne pas les plaintes du recourant dans son rapport d'expertise, ce qui

A/1570/2006 - 16/18 - constitue déjà une lacune permettant de douter de sa valeur probante. De plus, son expertise n'est finalement qu'un énoncé de généralités basées sur de nombreuses références à la littérature médicale. Le Dr M\_\_\_\_\_ est parti du postulat que le recourant simulait et a, partant, relativisé les symptômes qu'il décrivait bien. Or, il ressort des explications détaillées données par le Dr V\_\_\_\_\_ que l'évitement manifesté par le recourant ne correspond nullement à une simulation, mais à une amnésie dissociative. De plus, dans son rapport complémentaire du 8 septembre 2003, le recourant a fait part au

Dr M\_\_\_\_\_ de troubles mnésiques : lorsqu'il allait faire ses courses, il oubliait ce qu'il devait acheter et achetait alors autre chose. Malgré cela, le Dr M\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun trouble mnésique et sans motiver aucunement cette omission de sorte que son rapport doit être considéré comme insuffisamment motivé. De plus, bien que le recourant ait signalé que, lorsqu'il ressentait des céphalées, soit il s'énervait, soit il pleurait sans savoir pourquoi, l'expert n'a pas davantage tenu compte de cette description dans les diagnostics, de sorte que son rapport est incomplet. Eu égard à ces éléments, le Tribunal de céans constate que les rapports du Dr M\_\_\_\_\_ des 11 mars 2003 et 8 septembre 2003 reposent, soit sur une prémisse erronée de simulation qui tronque ses conclusions, soit sur des constatations incomplètes et insuffisamment motivées, de sorte qu'ils ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans son rapport d'expertise neuropsychologique du 10 février 2008, le Dr W\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des troubles cognitifs fonctionnels dans le cadre d'une amnésie dissociative. Il a observé un dysfonctionnement cognitif et sévère diffus avec, en premier plan, une capacité d'abstraction nulle et des déficits exécutifs et mnésiques majeurs. Il a mentionné des idéations de nature paranoïaque et délirante, des phénomènes hallucinatoires et une thymie dépressive, une allure hébétée, une abolition des capacités d'abstraction et un ralentissement psychomoteur important, des modifications radicales du comportement et de fonctionnalité caractérisées par une apathie, une aboulie et une anhédonie sévères. Il a précisé que la consommation d'alcool n'interférait pas sur le fonctionnement cognitif de l'assuré et que les altérations thymiques et psychiques avaient vraisemblablement constitué un terrain favorable à une consommation d'alcool importante. Il a conclu à une incapacité de travail de 100 % dans toute activité salariée en précisant que seule une activité à but occupationnel sans souci de rendement et offrant un encadrement adapté serait envisageable. L'expertise du Dr W\_\_\_\_\_ repose également sur une anamnèse, les plaintes du recourant, une étude complète du dossier et les déclarations de tiers confirmant l'abstinence de l'assuré. Elle est complète et motivée. Notamment, l'expert relève que les performances observées lors de son évaluation ne reflètent pas les réelles capacités cognitives de l'assuré. Toutefois, il considère qu'une simulation consciente est peu crédible en raison de la cohérence des résultats par rapport à 2005, du caractère frustré de l'assuré et de son absence totale de réaction devant la suspicion de l'expert. Par conséquent, l'explication la plus probable du

A/1570/2006 - 17/18 - dysfonctionnement cognitif massif de l'assuré est d'ordre psychiatrique. Il justifie l'incapacité de travail entière par la présence de sévères troubles exécutifs caractérisés par un défaut d'auto-activation et de flexibilité mentale, des déficits mnésiques majeurs concernant aussi bien la mémoire à court-terme que les processus d'encodage de mémoire épisodique. La Dresse A\_\_\_\_\_ conteste également les conclusions de cette expertise au motif que le tableau décrit et le diagnostic ne seraient pas convaincants. Étant donné que le SMR n'invoque pas de contradictions manifestes et ne démontre pas en quoi les explications de l'expert ne seraient pas plausibles, ses remarques ne permettent pas de douter de la pertinence des déductions de ce dernier. En définitive, le Tribunal de céans constate que les expertises des Drs V\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_ remplissent toutes les conditions permettant de leur reconnaître pleine valeur probante et suivra dès lors leurs conclusions, à savoir que le recourant présente des troubles psychiques importants et indépendants de sa consommation d'alcool qui entraînent une incapacité de travail totale depuis le 22 octobre 2003 dans toute activité professionnelle. Par conséquent, en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI qui prévoit un délai de carence d'une année depuis le début de l'incapacité de travail d'au moins 40 % et eu égard à la demande de prestations

datant du 4 février 2004, le recourant a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2004. Il n'y a pas lieu d'examiner la question de l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle puisque, selon les experts, il présente une incapacité de travail entière dans toute activité.

#### **E. 6**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et les décisions du 6 juillet 2005 et 27 mars 2006 seront annulées. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). 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 1'000 fr.

A/1570/2006 - 18/18 -

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