

# **GE\_GERICHTE ATAS/155/2025 vom 13. März 2025**

GE Cour de justice, 2025-03-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_155\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_155_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/155/2025 du 13 mars 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/155/2025 del 13 marzo 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

La compétence de la Cour de céans, la recevabilité du recours et le droit applicable ont été examinés dans l'ordonnance d'expertise du 5 octobre 2023 (ATAS/746/2023), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

### **E. 2**

Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'accorder une rente d'invalidité au recourant.

#### **E. 3.1.1**

A teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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/9/2021 - 5/12 - Enfin, selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

#### **E. 3.1.2**

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). Selon l'art. 7 LPGA, 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). 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). Il y a lieu de préciser que

selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

### **E. 3.2.1**

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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM

A/9/2021 - 6/12 - ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). A l'ATF 145 V 215, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de toxicomanie. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant également à la toxicomanie. A noter que lesdits indicateurs permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable, en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

### **E. 3.2.2**

Dans la Classification statistique internationale des Maladies et Problème de Santé connexes (CIM-10), les troubles liés à la dépendance sont répertoriés dans le chapitre V (« Troubles mentaux et comportementaux »), où ils sont regroupés sous le titre « Troubles mentaux et comportementaux liés à des substances psychoactives » (F10 à F19 ; cf. ATF 145 V 215 consid. 5.2.1). Le syndrome de dépendance, diagnostiqué par l'expert psychiatre, est défini par la médecine comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques survenant à la suite d'une consommation répétée d'une substance psychoactive, typiquement associée à un désir puissant de prendre la drogue, à une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives, à un désinvestissement progressif des autres activités et obligations au profit de la consommation de cette drogue, à une tolérance accrue et, parfois à un syndrome de sevrage physique (cf. définition dans la CIM-10 et ATF 145 V 215 consid. 5.2.1). D'un point de vue médical, il s'agit clairement d'un phénomène pathologique, dont les effets fonctionnels ne disparaissent pas nécessairement avec un sevrage hypothétique de la substance. De plus, la faisabilité et la pertinence d'un tel sevrage, en particulier dans les

cas de dépendance à long terme, ne sont pas toujours affirmées (ATF 145 V 215 consid. 5.2.1).

### **E. 3.2.3**

En cas de syndrome douloureux somatoforme persistant ou trouble somatoforme douloureux persistant (F45.5 CIM-10), la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins.

## **E. 4**

A/9/2021 - 7/12 -

### **E. 4.1**

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 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui – en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part –, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

### **E. 4.2**

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. À 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

### **E. 4.3**

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. Le juge ne s'écarte 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

A/9/2021 - 8/12 - 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 143 V 269 consid. 6.2.3.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

## **E. 5**

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 et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

### **E. 6.1**

En l'espèce, suite à la demande de prestations du 19 octobre 2018, l'intimé a mandaté le CEMEDEX pour expertise bidisciplinaire, psychiatrique et rhumatologique. Les experts étant arrivés à la conclusion que le recourant était capable d'exercer à 100% tant son activité habituelle qu'une activité adaptée, l'OAI a rejeté la demande de prestations. Sur recours, considérant qu'il existait des doutes s'agissant du volet psychiatrique, la Cour de céans a ordonné une expertise judiciaire. Dans son rapport du 14 avril 2024, l'expert a retenu plusieurs diagnostics incapacitants en lien avec la toxicodépendance, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. En raison de ces atteintes et des limitations fonctionnelles qu'elles induisaient, il a estimé que la capacité de travail de l'assuré avait été nulle à partir de 2018 et de 30% dès juin 2019, en milieu adapté, soit dans une activité en solitaire, ritualisée et simple, sans besoins attentionnels et mnésiques importants. L'expert judiciaire a encore apporté des précisions lors de son audition, le 20 juin 2024. Compte tenu du rapport établi le 14 avril 2024 et des éléments apportés lors de l'audition du 20 juin 2024, l'OAI, suivant en cela l'avis du SMR, a finalement admis une incapacité de travail totale, dans toute activité, dès début 2018, puis une capacité de travail de 30% dans toute activité, dès mai 2019. Pour sa part, le recourant a conclu au versement d'une rente entière dès le 1er avril 2019 au plus tard.

A/9/2021 - 9/12 -

## E. 6.2

Quand bien même les parties s'accordent sur l'existence d'une incapacité de travail à compter du 1er janvier 2018, la Cour de céans doit tout de même s'assurer que le rapport d'expertise répond bien aux réquisits jurisprudentiels en matière probante. Tel est bien le cas. En effet, sur le plan formel, l'expert a examiné le recourant à trois reprises les 5 et 14 février 2024, ainsi que le 7 mars 2024. Il a ensuite complété son examen clinique par un examen neuropsychologique en date du 12 février 2024, une IRM cérébrale réalisée le 4 mars 2024 et des dosages plasmatiques effectués le 27 mars 2024. L'expert a également étudié l'ensemble du dossier médical, qu'il a résumé de manière détaillée et complété en prenant contact avec le psychiatre traitant. Le Dr N\_\_\_\_\_ a ensuite établi une anamnèse particulièrement fouillée, décrit la situation du recourant et recueilli ses plaintes. Enfin, il a bien motivé ses conclusions. Sur le fond, le Dr N\_\_\_\_\_ a expliqué que le syndrome douloureux somatoforme était de sévérité faible, épargnant une grande partie des activités de la vie quotidienne ainsi que la vie sociale et affective. Son impact concernait essentiellement le sentiment de fatigue chronique et les troubles du sommeil. Les douleurs n'empêchaient toutefois pas le recourant de vaquer à ses occupations. Aussi, ce trouble était faiblement invalidant. Le syndrome de dépendance au cannabis était sévère et chronique. Cette dépendance augmentait la passivité, la tendance à la non-exposition et péjorait les capacités d'attention et de concentration ainsi que les capacités exécutives et de mémoire verbale. Enfin, le trouble résiduel en lien avec l'utilisation au long cours de substances psychoactives multiples touchant la cognition était de sévérité légère à moyenne et touchait l'attention, certaines fonctions exécutives (capacités de planification et d'organisation), la mémoire verbale et les fonctions visuo-constructives mais surtout la cognition sociale, laquelle était altérée de manière très significative. Le Dr N\_\_\_\_\_ a ensuite indiqué que c'était l'atteinte neuropsychologique qui avait un effet très clairement invalidant. L'atteinte cognitive était significative et complexe, mais en partie réversible en cas de diminution ou d'arrêt de la prise de cannabis. L'expert psychiatre s'est également prononcé sur les ressources personnelles du recourant et le contexte social, expliquant que sur le plan psychique, il disposait de ressources qui pouvaient être exploitées dans une activité adaptée. Cela étant, sur le plan cognitif, la réalité était différente. L'IRM cérébrale montrait une structure cérébrale préservée, ce qui excluait une piste neurodégénérative ou vasculaire précoce. Dans ce contexte, la seule explication plausible était l'augmentation des concentrations de THC avec une prise régulière soutenue à visée anxiolytique. Sur le plan des ressources cognitives, les capacités du recourant étaient très clairement amoindries, notamment en matière de cognition sociale, domaine dans lequel il y avait une atteinte de sévérité moyenne, qui avait

A/9/2021 - 10/12 - un caractère séquellaire en lien avec ses années de poly-toxicodépendance. Ce déficit impactait la relation dyadique et pouvait rendre l'intégration dans un milieu ordinaire très difficile, voire impossible. Enfin, l'expert a examiné la cohérence entre les diagnostics et le comportement de l'assuré. Il a ainsi considéré que le tableau était cohérent, sans signes de majoration, tant sur le plan clinique que neuropsychologique. Eu égard à ce qui précède, le Dr N\_\_\_\_\_ a retenu une capacité de travail nulle en économie libre entre 2018 et mai 2019. Depuis juin 2019, elle était de 30% dans un milieu adapté, soit une activité en solitaire, ritualisée et simple, sans besoins attentionnels et mnésiques importants. L'arrêt ou la diminution substantielle du THC pouvait permettre d'arriver à une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. L'appréciation faite par le Dr N\_\_\_\_\_ de la situation médicale du recourant est claire et

convaincante, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé et le SMR ont finalement admis une incapacité de travail oscillant entre 70 et 100% dès le 1er janvier 2018 et ce, même dans une activité adaptée, laquelle doit également respecter les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G\_\_\_\_\_.

## **E. 7**

mars 2019 consid. 5.1 ; 9C\_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5 et les références).

### **E. 7.1**

Il convient de rappeler que la méthode générale de comparaison des revenus s'applique aux personnes qui ont dû interrompre leur activité lucrative pour cause de maladie et auraient continué à exercer cette activité si elles n'étaient pas invalides (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale de l'assurance- invalidité, 2018, n° 18 ad Art. 28a). Selon cette méthode, 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. 28a al. 1 LAI). Un taux d'invalidité correspondant à l'incapacité de travail estimée par le médecin ne peut être admis qu'à titre exceptionnel. Cela peut être le cas lors d'une incapacité de travail totale de l'assuré ou lorsque celui-ci présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative. De même, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 45/06 du 5 mars 2007 consid. 4.2.2 ; I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, 2011, n° 2035). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données

A/9/2021 - 11/12 - statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidité (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_842/2018 du

### **E. 7.2**

En l'espèce, c'est une activité de réinsertion que le recourant exerçait entre 2012 et 2018, pour laquelle il ne percevait pas de salaire. Dans ces circonstances, il convient de déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux mêmes salaires statistiques. Il est donc superflu de les chiffrer avec exactitude et le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail. Par conséquent, entre le 1er janvier 2018 et le 31 mai 2019, le degré d'invalidité a été de 100% compte tenu d'une incapacité de travail totale. Dès le 1er juin 2019, l'incapacité de travail a été de 70%, ce qui correspond à une invalidité du même pourcentage. A l'expiration du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 28 al. 1 let. b LAI, le 1er janvier 2019, le recourant était invalide à 100%. Toutefois, à cette date, cela ne faisait pas six mois que la demande de prestations avait été déposée. Compte tenu de ce délai (art. 29 LAI), le droit à la rente ne peut prendre naissance qu'à partir du 1er avril 2019, soit six mois après le dépôt de la demande, en octobre 2018. Dès lors que le degré d'invalidité du recourant oscille entre 70 et 100%, c'est une rente entière qui doit lui être accordée dès le 1er avril 2019 (cf. art. 28 al. 2 LAI).

## **E. 8**

Eu égard à ce qui précède, le recours est admis. La décision du 3 décembre 2020 est réformée et le recourant est mis au bénéfice d'une rente entière dès le 1er avril 2019. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

\*\*\*

A/9/2021 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES  
: Statuant À la forme :

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