

GE_GERICHTE ATAS/194/2014 vom 13. Februar 2014

GE Cour de justice, 2014-02-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_194_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/194/2014 du 13 février 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/194/2014 del 13 febbraio 2014

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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 6 novembre 2012 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI susmentionnées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 ; Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

A/3668/2012 - 9/15 -

E. 3

Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a limité le droit de la recourante à une rente au 30 septembre 2011, étant précisé que la recourante ne conteste pas les conclusions de l'intimé d'un point de vue somatique.

E. 5

D'après la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATFA non publié I 520/05 du 28 décembre 2006). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 4.1).

E. 6

Selon les art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. Aux termes de l'art. 7 al. 1 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. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1er janvier 2008, précise que 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.

E. 7

D'après une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, 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 ; ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

A/3668/2012 - 10/15 - Notre Haute Cour a à cet égard précisé que 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 addictif, 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 déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATF non publié 9C_72/2012 du 21 août 2012, consid. 3 ; ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). 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 (ATF non publié 9C_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3). Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180 consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a

A/3668/2012 - 11/15 - pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.4).

E. 8

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le

rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee). 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 (ATF 125 V 351). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ;

A/3668/2012 - 12/15 - ATF non publié I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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-traitants 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 non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 9

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATFA non publié U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 11

a) En l'espèce, la décision litigieuse du 6 novembre 2012, est basée sur l'appréciation du SMR, sur le rapport du Dr O _____ du 2 mai 2011 et sur celui du Dr Q _____ du 9 mars 2012. L'intimé a considéré que les atteintes somatiques de la recourante n'avaient plus eu de répercussion sur sa capacité de

A/3668/2012 - 13/15 - travail au-delà du 1er juillet 2011 et que les troubles psychiatriques ne relevaient pas de l'assurance-invalidité. La recourante soutient quant à elle que sa capacité de travail est nulle en raison de ses troubles psychiques. b) Il convient dès lors de déterminer si la polytoxicomanie dont souffre la recourante est la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ou si elle a provoqué une atteinte à la santé invalidante. Pour trancher ce point, il convient de se baser sur les avis médicaux et, par voie de conséquence, d'évaluer en tout premier lieu s'il faut suivre ou non les conclusions de l'examineur psychiatre. c) Dans son rapport du 9 mars 2012, le Dr Q _____ a relevé que l'état de la recourante ne lui permettait pas d'effectuer un examen clinique dans les règles de l'art, compte tenu du fait qu'elle était sous influence de produits toxiques au moment de l'examen. Il a de ce fait conclu que les questions relatives à la capacité de travail ne pouvaient être résolues. Il est dès lors pour le moins surprenant que l'intimé ait fondé sa décision sur un tel document. De plus, la Cour de céans observe que le Dr Q _____ ne liste pas les pièces qui lui ont été remises en vue de son examen, de sorte qu'il est impossible de savoir si son rapport est établi en pleine connaissance du dossier médical de la recourante. Par ailleurs, son examen n'est pas établi sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes et n'a pas valeur d'expertise. A titre d'exemple, l'examineur n'a réalisé ni tests psychométriques ni tests d'hétéro- et auto-évaluation. Il n'a pas justifié les raisons pour lesquelles il écartait certains diagnostics posés avant lui par d'autres médecins, tel que celui d'état anxio-dépressif chez une personnalité borderline (cf. rapport du 15 mars 1988 de la Clinique LA METAIRIE), ceux de syndrome de dépendance à l'alcool, d'utilisation d'opiacés, de dépendance aux sédatifs hypnotiques, d'épisode dépressif moyen, de personnalité dépendante et de personnalité de type borderline (cf. rapport du 1er février 2000 de la Clinique LA METAIRIE), ou encore celui

de dépendance au cannabis (cf. rapport du 13 avril 2000 de la Clinique LA METAIRIE). L'examineur a diagnostiqué des troubles mentaux et des troubles du comportement dus à la consommation de substances psychoactives multiples, sans livrer une appréciation globale incluant les causes et les conséquences de ladite consommation. Il ne s'est pas non plus prononcé sur les troubles anxieux, alimentaires et du sommeil constatés en 2000, ni sur un éventuel retrait social, une anhédonie et une idéation suicidaire. Quant à ses explications, selon lesquelles l'anamnèse professionnelle de la recourante ne permettrait pas de constater une répercussion sur la capacité de travail des traits de la personnalité, elles n'emportent pas la conviction.

A/3668/2012 - 14/15 - Force est donc de constater que ce rapport médical ne peut se voir reconnaître valeur probante et que l'intimé ne pouvait pas se fonder sur cet examen pour rendre une décision. Il importait de procéder à des mesures d'instructions supplémentaires, lesquelles sont indispensables pour être en mesure de se prononcer sur l'existence de troubles psychiques, notamment sur l'existence d'une atteinte psychiatrique à l'origine ou plutôt consécutive de la dépendance, ainsi que sur la capacité de travail de la recourante, au regard de ses troubles psychiques. Concernant l'appréciation du Dr L_____, la Cour de céans rappellera que ce médecin-traitant n'est pas psychiatre et que ses rapports n'émanent donc pas d'un spécialiste. En pareilles circonstances, vu l'absence totale de renseignements probants récoltés par l'intimé, la Cour de céans ne peut se prononcer sur la capacité de travail de la recourante d'un point de vue psychique, et partant, sur un éventuel droit à une rente d'invalidité au-delà du 1er octobre 2011. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en psychiatrie et en toxicomanie, tel que le Dr S_____, par exemple, après avoir interrogé le médecin-traitant de la recourante et récolté les informations nécessaires auprès des différents établissements où celle-ci a séjourné en raison de ses dépendances et troubles psychiques. Le renvoi à l'intimé se justifie d'autant plus qu'aucune expertise n'a été réalisée par ce dernier. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

E. 12

Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'autorité administrative à charge pour cette dernière de rendre une nouvelle décision concernant la période postérieure au 30 septembre 2011 après instruction complémentaire conformément aux considérants. La recourante, qui est représentée et qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG). Etant 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 500 fr.

A/3668/2012 - 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.