

GE_GERICHTE ATAS/221/2019 vom 19. März 2019

GE Cour de justice, 2019-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_221_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/221/2019 du 19 mars 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/221/2019 del 19 marzo 2019

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 - E 2 05), 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité.

E. 5

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.

E. 6

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

A/3280/2018 - 9/15 - 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 (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 1er janvier 2008). 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). 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 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; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

E. 7

Selon la jurisprudence, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie 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 atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, 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). 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 déterminé en tenant

A/3280/2018 - 10/15 - compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 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 pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêts du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4 ; 9C_395/2007 du 15

avril 2008 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2).

E. 8

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).

E. 9

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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, à ce motif, 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 et les références). 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 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 125 V 351 consid. 3).

A/3280/2018 - 11/15 - 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. Ainsi, en principe, 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). En ce qui concerne les 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 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du

principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 10

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Conformément au principe inquisitoire, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

E. 11

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).

A/3280/2018 - 12/15 - Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

E. 12

En l'occurrence, sur la base de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr I_____, l'intimé a considéré que l'assuré ne souffrait d'aucune invalidité au sens de la loi et qu'il était pleinement capable d'exercer toute activité professionnelle, sans être entravé par des limitations fonctionnelles. De son côté, le recourant conteste qu'il dispose d'une capacité de travail entière dans toute activité et qu'il ne présente ni limitations fonctionnelles, ni atteintes à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Il estime qu'une incapacité de travail d'au moins 50% doit lui être reconnue.

E. 13

Comme cela a été précédemment exposé, la question du caractère invalidant d'une dépendance joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle provoque une maladie qui entraîne une atteinte à la santé nuisant à la capacité de gain ou lorsqu'elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c). La situation de

fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance. 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. En revanche, 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 pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2) Dans le cas particulier, l'expertise du Dr I_____ ne permet pas de se prononcer sur les critères jurisprudentiels énoncés. En effet, dans son rapport, le Dr I_____ retient – outre un trouble (primaire) de l'usage de l'alcool / benzodiazépines et un trouble dépressif induit par la consommation d'alcool – un diagnostic de « vertiges d'origine indéterminée, éventuellement avec une composante anxieuse », soit un diagnostic peu clair qui mériterait d'être précisé par un spécialiste. Dans la partie de son rapport intitulée « réponses aux questions », le Dr I_____ précise que ce sont les vertiges et l'éthylisme qui entraînent une diminution des capacités fonctionnelles. Or, les médecins ne sont pas unanimes quant à l'origine de ces vertiges, qui ont augmenté progressivement depuis 2006 pour devenir permanents, ni d'ailleurs s'agissant de l'origine des tremblements des membres supérieurs,

A/3280/2018 - 13/15 - apparus en 2011. En effet, selon le rapport du SMPR de novembre 2015, ces troubles persistent tous malgré le sevrage d'alcool, ce qui semble exclure tout lien avec la dépendance, respectivement le sevrage. Le même rapport précise que les symptômes sont de longue durée et n'ont pas d'étiologie clairement identifiée. Le Dr I_____ n'est pas non plus en mesure de répondre à la question – qui paraît pourtant déterminante au regard de la jurisprudence – de savoir si le syndrome de dépendance a entraîné des troubles irréversibles (p. 6 de son rapport) ; à ce propos, il se limite à indiquer qu'une polyneuropathie est évoquée dans le dossier, mais qu'elle demanderait à être objectivée, ce qui met en exergue que cette question n'a pas été instruite non plus. Eu égard aux considérations qui précèdent, la chambre de céans constate que l'intimé n'a pas instruit la question d'éventuelles conséquences irréversibles de la dépendance, en particulier la polyneuropathie, les vertiges et le syndrome (suspecté) de tachycardie orthostatique posturale. Surtout, les répercussions de chacune de ces atteintes – prises isolément – sur la capacité de travail n'ont pas été suffisamment clarifiées. On relèvera encore que l'appréciation de l'expert-psychiatre diverge sensiblement de celle des autres médecins en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et les répercussions des différentes atteintes sur la capacité de travail : si le Dr I_____, auquel le SMR s'est rallié, a retenu une pleine capacité de travail, mais sans énumérer les limitations fonctionnelles, les médecins du SMPR et de l'assurance perte de gain, de leur côté, ont évalué la capacité de travail à 50% dans une activité adaptée, qui serait exercée essentiellement en position assise et permettrait d'éviter le port de charges, ainsi que les déplacements intempestifs (risques de chute). Quant au médecin-conseil de l'OCE, il a estimé que l'assuré pouvait exercer une activité adaptée, exercée exclusivement en position assise, à un taux compris entre 30% et 50%. Pour autant et contrairement à ce que soutient le recourant, ces rapports attestant d'une capacité partielle de travail ne suffisent pas à trancher la cause, eu égard à leur faible densité de motivation, qui ne permet pas d'apprécier le caractère éventuellement incapacitant des diverses atteintes dont il souffre. Compte tenu de son caractère lacunaire et des doutes affectant ses conclusions, on ne saurait reconnaître à l'expertise psychiatrique du Dr

I_____ une pleine valeur probante. À cela s'ajoute que, comme le fait justement remarquer le recourant, les atteintes ressortant du dossier ne relèvent pas uniquement de la psychiatrie, mais aussi de la cardiologie et de la neurologie, puisqu'en sus de la dépendance, il est question d'un possible syndrome de tachycardie orthostatique posturale, de vertiges et d'une polyneuropathie. Une expertise strictement psychiatrique ne saurait donc suffire. En l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de tirer des conclusions définitives sur les atteintes à la santé du recourant et leurs répercussions sur la capacité de travail. En l'absence d'un rapport pluridisciplinaire complet et satisfaisant aux réquisits jurisprudentiels topiques (ATF 125 V 351

A/3280/2018 - 14/15 - consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 731/02 du 25 juillet 2003 consid. 2), il est impossible de déterminer le degré d'invalidité, ce qui commande de renvoyer le dossier à l'administration, quand bien même cela est propre à occasionner un allongement de la procédure, que le recourant aurait préféré éviter. Contrairement à ce qu'il prétend, on ne saurait pas non plus surseoir à une instruction complémentaire, sous prétexte qu'il serait difficile pour les futurs experts d'évaluer la capacité de travail de manière partiellement rétrospective, la demande ayant été déposée en 2015. En effet, il n'est pas rare, dans le domaine de l'assurance-invalidité, que l'évaluation médicale de la capacité de travail doive porter sur une période remontant à plusieurs années dans le passé, ce qui suppose une appréciation rétrospective de la situation, à l'aide des données du dossier et de l'examen de la personne concernée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_291/2018 du 3 août 2018 consid. 5.1).

E. 14

Partant, le recours est partiellement admis, la décision du 16 août 2018 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il complète l'instruction, puis rende une nouvelle décision. Il incombera à l'intimé de mettre en œuvre une expertise médicale indépendante, conformément à l'art. 44 LPGA, comprenant des volets psychiatriques, cardiologiques et neurologiques. Il conviendra en particulier que les experts se prononcent sur les diagnostics dont souffre l'assuré, qu'ils déterminent quel rôle joue chacun d'entre eux sur sa capacité de travail et à quel taux celle-ci pourrait être évaluée depuis 2015 (dépôt de la demande), abstraction faite de la dépendance à l'alcool et aux benzodiazépines.

E. 15

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

E. 16

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/3280/2018 - 15/15 - 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.