

GE_GERICHTE ATAS/224/2010 vom 9. März 2010

GE Cour de justice, 2010-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_224_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/224/2010 du 9 mars 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/224/2010 del 9 marzo 2010

Regeste

Résumé: Dans le cas d'un assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative en raison de son atteinte à la santé, il convient d'évaluer son invalidité exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative et non pas en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Un émolument de 1'000.- fr. se justifie à l'endroit de l'autorité intimée qui rejette sans nuance le caractère probant d'une expertise.

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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.

A/2751/2008 - 11/17 -

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la demande de prestation a été formée le 15 mars 2005 et la décision litigieuse date du 21 juillet 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2004 dans la mesure de leur pertinence, et, pour la période postérieure au 1er janvier 2008, au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision entrées en vigueur le 1er janvier 2008, le cas échéant (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

E. 3

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

E. 4

Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si l'incapacité de travail du recourant est due à sa toxicomanie, et dans ce cas, si celle-ci entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à sa capacité de gain ou si sa dépendance résulte d'une atteinte à la santé ayant valeur de maladie invalidante.

E. 5

a) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1er). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2). Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1er LPGGA). b) Selon l'art. 29 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit

A/2751/2008 - 12/17 - le dix-huitième anniversaire de l'assuré. Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut prétendre une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI. c) Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. d) En vertu de l'art. 28 LAI en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 2). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2bis). Toutefois, lorsqu'il y a lieu d'admettre que si l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé, il exercerait, au moment de l'examen de son droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (art. 27bis RAI). L'art. 16 LPGGA prévoit que, 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.

E. 6

a) 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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer

la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er 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 294 consid. 4c in fine). À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, 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

A/2751/2008 - 13/17 - 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). b) Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). c) Le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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 sur-expertise 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). Il n'est pas nécessaire que le diagnostic posé par l'expert soit émaillé de références à la doctrine médicale. On attend bien plutôt de l'expert un diagnostic précis et formulé selon les règles de la science médicale. S'il ne s'agit que d'une suspicion ou d'un diagnostic possible, l'expert doit le signaler explicitement (ATFA non publié du 12 septembre 2005, I 435/05 consid. 2 ; voir à ce sujet MEINE, L'expert et

l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale, in L'expertise médicale, édition Médecine et Hygiène, 2002, p. 21).

A/2751/2008 - 14/17 -

E. 7

Dans le cas d'espèce, la persistance du SMR à contester les avis médicaux du Dr I _____, expert et du Dr J _____, psychiatre de l'assuré, figurant au dossier a amené le Tribunal de céans à ordonner une expertise judiciaire. On rappellera que le juge ne s'écarte des conclusions d'une telle expertise que s'il existe des motifs impératifs. Il convient, par conséquent, d'examiner si les arguments développés par le SMR, et sur lesquels se fonde l'OAI, constituent des motifs suffisants pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert. A cet égard, on relèvera que, s'agissant de l'expertise de la Dresse Q _____, l'ensemble des critères jurisprudentiels sont réunis pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue. On constate, en effet, que cette expertise repose sur un examen approfondi du dossier, l'expert a examiné le recourant à deux reprises, elle a pris en considération les diverses pièces médicales figurant au dossier du Tribunal et au dossier du patient auprès des HUG, elle a eu trois entretiens téléphoniques avec le Dr J _____, médecin traitant psychiatre et deux entretiens téléphoniques avec la Dresse R _____, médecin traitant du recourant, pour apprécier son état de santé. On observe également que l'expertise comprend une anamnèse très détaillée et qu'elle fait état de l'ensemble des données subjectives et objectives du recourant. Elle est établie de manière neutre et libre de toute appréciation dépréciante. La situation médicale du recourant y est clairement exposée et l'expert pose des diagnostics précis, qu'elle discute. Il explique en particulier sur quels éléments elle s'est fondée pour poser son diagnostic. L'expert détaille ensuite les limitations fonctionnelles liées aux diagnostics posés et conclut qu'aucune activité n'est adaptée au cas du recourant. Elle démontre aussi que le trouble de la personnalité est préexistant à la toxicomanie et entraîne en soi une incapacité totale de travail. Ce trouble est, de par sa gravité et son impact sur la capacité de travail, comparable à une schizophrénie, ce qui explique que le Dr G _____ avait évoqué ce diagnostic en 2004. De surcroît, l'expert explique ses divergences avec les conclusions du SMR de façon circonstanciée. En particulier, elle relève avec pertinence que c'est en raison de conditions très particulières que l'assuré a obtenu un CFC et travaillé comme marin, sans que cela soit déterminant car il est démontré que c'est depuis son jeune âge que le patient est atteint du trouble grave retenu, qui ne s'amende ni en cas d'abstinence ni après cinq ans de vie stable à Genève. Contrairement à ce qui est affirmé par le SMR après l'expertise, l'expert a effectué une analyse très complète du dossier, tant au niveau de l'expertise du Dr I _____, que de l'avis de Dr J _____ et des objections du SMR. Elle a demandé un examen somatique par le médecin traitant et longuement écouté et analysé les plaintes du patient. Elle ne se contredit pas entre les diagnostics et l'analyse du caractère secondaire de la toxicomanie. L'erreur quant à l'incapacité liée à l'alcoolisme est à l'évidence une faute de frappe, car l'analyse faite montre bien que l'expert ne retient pas d'incapacité actuelle de ce fait en raison de

A/2751/2008 - 15/17 - l'abstinence. D'ailleurs, elle le répète plusieurs fois. Les critiques du SMR en lien avec l'obtention d'un CFC par l'assuré ont été écartées avec pertinence par l'expert. Dans ses dernières conclusions, le SMR se contente de les répéter sans analyser ou contester les réponses déjà données par l'expert. Au vu de ce qui précède, on doit admettre que les remarques de SMR ne sont pas de nature à faire douter de la pertinence des

conclusions de l'expert ni à remettre en cause ses diagnostics. Il convient, par conséquent, d'accorder une pleine valeur probante à cette expertise et d'en suivre les conclusions. Selon l'expert, le recourant présente une incapacité totale de travail, en raison de troubles psychiatriques distincts de sa dépendance à l'alcool et ceci dans toute activité, même adaptée.

E. 8

Le Dr I_____ n'a pas daté le début de l'incapacité durable, estimant que cela n'était pas évaluable avec précision. La Dresse Q_____ indique que le début de l'incapacité de travail est certainement ancienne (1983), mais impossible à préciser. Par contre, elle détermine l'incapacité de gain durable et totale au début de l'année 2000, ce qui implique que le droit à la rente s'est ouvert en tout cas début 2001. La précision de l'anamnèse et les conclusions concernant la préexistence des troubles psychiques sur la toxicomanie ressortant de l'expertise de la Dresse Q_____ font qu'il convient de retenir la date admise par cet expert. La demande a été déposée le 15 mars 2005, de sorte que le recourant peut prétendre au paiement rétroactif de sa rente seulement pour les douze mois précédant le dépôt de sa demande, soit dès le 15 mars 2004, de sorte que la rente doit être allouée depuis le 1er mars 2004 (art. 48, al. 2 et 29, al. 2 LAI).

E. 9

L'assuré n'exerce pas d'activité lucrative depuis 1986. Toutefois, il faut admettre que s'il n'avait pas été atteint dans sa santé, il aurait exercé une activité lucrative à temps complet, de sorte que son invalidité doit être évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative et non pas en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. L'assuré est totalement incapable d'exercer une quelconque activité lucrative, même adaptée, de sorte qu'il est invalide à 100% et a droit à une rente entière d'invalidité. Le recours est donc admis.

E. 10

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à 500 fr, son mandataire n'ayant pas eu d'écritures à rédiger. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau

A/2751/2008 - 16/17 - droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'il sera perçu un émoluments. Dans le cas d'espèce, il est admissible que le SMR conteste l'un ou l'autre point des expertises du Dr I_____ et de la Dresse Q_____. Par contre, le rejet sans nuances du caractère probant de l'expertise sur la base d'une appréciation lacunaire, en reprenant les arguments pourtant soumis à l'appréciation et discutés par l'expert, en remettant en cause les compétences professionnelles des deux experts et du médecin traitant, dont les diagnostics et les conclusions sur l'incapacité totale se rejoignent en grande partie, lorsque le médecin qui prend position n'a pas la spécialisation requise et donc pas les compétences des trois autres médecins, a pour conséquence de rallonger et complexifier inutilement la procédure. Pour ces raisons, l'émolument sera en l'espèce fixée à 1'000 fr.

A/2751/2008 - 17/17 -

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