

# **GE\_GERICHTE ATAS/23/2011 vom 23. Dezember 2010**

GE Cour de justice, 2010-12-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_23\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_23_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/23/2011 du 23 décembre 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/23/2011 del 23 dicembre 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en

A/4063/2008 - 16/23 - 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). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes et lui ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

## **E. 5**

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé

A/4063/2008 - 17/23 - physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

## **E. 6**

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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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, 105 V 158 consid. 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

## **E. 7**

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le

A/4063/2008 - 18/23 - juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie

ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

## **E. 8**

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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

A/4063/2008 - 19/23 - Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

## **E. 9**

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. Parmi ces atteintes à la santé psychique, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les

anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. 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 déterminant 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 = RCC 1977 p. 169; RCC 1984 p. 356 consid. 1b). A teneur de la jurisprudence constante, les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie ne constituent pas en elles-mêmes des invalidités au sens de la loi. Une telle dépendance 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 ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie (VSI 2002 p. 32 consid. 2a; VSI 2001 consid. 2b p. 225;

A/4063/2008 - 20/23 - VSI 1996 consid. 1a p. 321 et réf. citées; VSI 1996, consid. 1a p. 325; VSI 1996 consid. 2a p. 319). En d'autres termes, les toxicomanies (syndromes de dépendance comme l'alcoolisme; RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236), l'abus de médicaments (RCC 1964 p. 115), la dépendance aux stupéfiants (RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30), le tabagisme ou l'obésité (RCC 1984 p. 359) ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité ou si elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (CII N° 1013).

## **E. 10**

En l'espèce, l'intimé a nié tout droit aux prestations sur la base, principalement, du rapport d'expertise rendu par la Dresse G\_\_\_\_\_ en juillet 2008. Cette dernière, si elle a reconnu l'existence d'un trouble anxieux et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool et à celle de cocaïne, a estimé que ces atteintes n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. Le rapport d'expertise se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tient compte des plaintes rapportées par ce dernier. Il est vrai, cependant, la motivation de certaines des conclusions prises par l'expert laisse perplexe. Ainsi, il paraît un peu sommaire de justifier la négation de tout trouble de la mémoire ou de la concentration par le fait que l'assuré se dit capable de lire le journal ou de regarder les informations télévisées. Il n'en demeure pas moins que les conclusions de la Dresse G\_\_\_\_\_ rejoignent celles prises par le Dr E\_\_\_\_\_ en juillet 2007. En effet, ce dernier n'a alors ni noté de symptomatologie anxieuse ni objectivé de troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire. S'agissant du Dr E\_\_\_\_\_, le Tribunal de céans considère que, dans la mesure où il n'a pas reconnu

l'assuré qu'il avait sans doute été amené à recevoir en consultation précédemment, rien ne justifie de s'écarter de ses conclusions, qu'il ne peut manifestement, dans ces conditions, avoir rendu sous l'influence d'une empathie avec l'intéressé. Une multitude de médecins se sont accordés sur le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, respectivement celui de modification durable de la personnalité. Les médecins des HUG, dans un rapport établi en juillet 2001, évoquaient une "thymie dépressive évidente" et un "tableau grave d'état de stress post-traumatique". Le Dr B \_\_\_\_\_, médecin psychiatre ayant témoigné dans le cadre du procès pénal, a fait état d'un état dépressif sévère. Quant au Dr A \_\_\_\_\_, en mai 2005, il concluait à une totale incapacité de travail et

A/4063/2008 - 21/23 - mentionnait déjà des attaques de panique survenant à raison d'une à deux fois par semaine. En avril 2007, le Dr D \_\_\_\_\_ évoquait quant à lui un trouble dépressif récurrent de gravité moyenne. Le Tribunal de céans déduit de ces différents documents que l'état de l'assuré, décrit par plusieurs médecins comme grave après l'agression dont il a été victime, s'est amélioré (ainsi qu'en témoigne le fait que le Dr D \_\_\_\_\_ ne retienne plus qu'un degré de gravité moyen en avril 2007 et le fait que quelques mois plus tard, le Dr E \_\_\_\_\_ n'ait plus décelés de troubles psychiques incapacitants). Ainsi que cela a été expliqué par les Drs K \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_, le stress post-traumatique du patient, sans doute mal traité, s'est compliqué d'un trouble anxieux qui l'a sans doute poussé à augmenter sa consommation de toxiques, ce qui s'est traduit par une amélioration temporaire des symptômes anxieux et dépressifs. Cette hypothèse, d'abord évoquée par la Dresse K \_\_\_\_\_, a par la suite été confirmée par le Dr S \_\_\_\_\_ qui, contrairement à sa confrère, a pu prendre position une fois l'assuré abstinent. Le Dr S \_\_\_\_\_ a alors pu confirmer les diagnostics de stress post-traumatique, d'attaques de panique, de troubles mnésiques et d'état dépressif récurrent sévère avec idées suicidaires et y ajouter celui d'apnées du sommeil (documentées par la polysomnographie pratiquée au printemps 2010). Il ressort des explications du Dr S \_\_\_\_\_ que les troubles psychiques ont sans doute été partiellement occulté par la prise de toxiques pour revenir ensuite au premier plan une fois le patient abstinent. Pour la période antérieure au rapport d'expertise du Dr E \_\_\_\_\_, le Tribunal de céans ne dispose cependant pas d'éléments suffisants pour retenir une incapacité de travail entraînant une invalidité. En effet, si le Dr A \_\_\_\_\_ a bel et bien conclu à une totale incapacité, il n'a cependant relevé aucun trouble de la vigilance et a décrit une thymie légèrement triste et une anhédonie moyenne ; l'assuré ne faisait pas non plus encore mention d'idées suicidaires. Quant au Dr B \_\_\_\_\_, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré. Enfin, le Dr D \_\_\_\_\_ a certes conclu à une incapacité de travail mais à une période où les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substance étaient passés au premier plan. Par la suite, il est évident que le tableau et l'état de santé du patient se sont visiblement dégradés postérieurement aux examens des Drs E \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_, ce que l'intimé a d'ailleurs admis. Cette aggravation ne fait aucun doute dans la mesure où elle a été confirmée par les Drs M \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_, lesquels ont conclu, en janvier 2010, à un trouble dépressif sévère et à un trouble panique.

A/4063/2008 - 22/23 - Reste à déterminer si cette aggravation ne remonte qu'à la fin de l'année 2009, comme le soutient l'intimé, ou plus tôt, voire antérieurement à la décision litigieuse du 9 octobre 2008. Les apnées du sommeil mises en évidence début 2010 ont un tel degré de gravité qu'on peut en conclure qu'elles étaient présentes depuis un certains temps puisqu'elles n'ont pu atteindre ce degré du jour au lendemain. Quant au trouble

panique, il était déjà évoqué par le Dr L\_\_\_\_\_ en août 2009. Ce médecin faisait alors clairement mention d'une aggravation de l'état du patient, d'une tendance psychotique et du fait que si la polytoxicomanie jouait certes un rôle, les diagnostics psychiatriques contribuaient sans nul doute à la désorganisation cognitivo-comportementale de l'assuré. Le Tribunal de céans en tire la conclusion que l'aggravation de l'état du recourant remonte à l'été 2009 déjà, date à laquelle elle a véritablement été documentée pour la première fois. Cette aggravation étant cependant postérieure à la décision litigieuse, il conviendra de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il statue formellement sur ce point. Pour la période antérieure faisant l'objet de la procédure dont est saisi le Tribunal de céans, ce dernier, faute d'éléments suffisants pour conclure à l'existence d'atteintes à la santé invalidantes à l'origine de la polytoxicomanie du recourant, rejettera le recours.

A/4063/2008 - 23/23 -

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