

GE_GERICHTE ATAS/367/2015 vom 19. Mai 2015

GE Cour de justice, 2015-05-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_367_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/367/2015 du 19 mai 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/367/2015 del 19 maggio 2015

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) en vigueur dès 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). Sa compétence 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).

E. 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 le 1er janvier 2004, respectivement, 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 467 consid. 1 et les références). 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 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). En ce qui concerne en

A/3044/2014 - 6/13 - 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 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, et plus particulièrement à une rente d'invalidité.

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 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). 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 102 V 165; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif 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 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2).

A/3044/2014 - 7/13 - A 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 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). 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 déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). 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 (ATF non publié 9C_395/2007, op. cit., consid. 2.4). 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

A/3044/2014 - 8/13 - 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). Il y a enfin 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. 7

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, dans 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. En vertu de l'art. 29 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. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (al. 1er). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 LAI (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

E. 8

a. 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

A/3044/2014 - 9/13 - 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 351 consid. 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. 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). 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; Arrêt du Tribunal fédéral 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 (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 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). b. 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

A/3044/2014 - 10/13 - 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. 9

En l'espèce, l'OAI a confié au Dr C_____ le mandat d'examiner l'assurée. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr C_____ établi le 26 mai 2014 comporte une anamnèse personnelle, socio-professionnelle et familiale détaillée, un historique médical, et relate les plaintes et descriptions subjectives de la recourante. L'expert a procédé à une analyse complète du dossier. Il a expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait qu'une alcoolodépendance primaire et écartait le trouble dépressif posé par le médecin traitant. Aussi son expertise a-t-elle valeur probante. Il a conclu à une capacité de travail de 100% dans toute activité, à la date de son expertise.

E. 10

Reste à examiner si les rapports du médecin traitant, et son audition, permettraient de s'écarter des conclusions de l'expertise. Il y a préalablement lieu de relever que ces rapports divergent sensiblement de celles-ci. Il sied de rappeler à ce stade 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). Selon l'expert, « les troubles anxio-dépressif mentionnés, d'une part, par la patiente pour la période 2005 et 2006, d'autre part, par son médecin traitant dès 2010, ne peuvent pas suffire à « construire un alcoolisme secondaire ». Le médecin traitant se borne à déclarer en effet que « pour diminuer son anxiété, elle a probablement commencé une consommation d'alcool excessive suite à son divorce », sans autre précision. Entendue par la chambre de céans le 17 février 2015, elle a précisé que « J'ai pris connaissance du rapport d'expertise du Dr C_____. Je ne partage pas son avis quant à la qualification primaire de l'alcoolisme. Je rappelle en effet que ma patiente a eu un début de vie difficile, puis un divorce difficile. Les liens avec sa famille ont été un peu plus proches à un moment donné. La maman est décédée en 2011, et l'une des sœurs avec laquelle elle s'était plus particulièrement rapprochée, l'a rejetée. Il y a eu très nettement une augmentation de la consommation d'alcool. Dans un premier temps, j'ai pu constater un déni de cette consommation. Il est difficile pour ma patiente de s'ouvrir. Pour moi, elle est en grande souffrance. Je lui ai à plusieurs reprises recommandé de consulter un psychiatre. Elle s'y est à chaque fois opposé, pensant qu'elle « n'en vaut pas la peine ». Sa consommation est très importante. Le CDT

permet d'évaluer la consommation chronique d'alcool. Il est

A/3044/2014 - 11/13 - très élevé dans le cas de ma patiente (le plus haut a été de 7.3). Nous avons réussi à le baisser à 4.4, ce qui est encore trop haut (la norme est de moins de 1,3). Je considère qu'il ne s'agit pas d'un alcoolisme primaire pour ces motifs. Je pense qu'il s'agit d'une automédication ». Force est de constater que le médecin traitant ne pose pas de diagnostic psychiatrique, hormis l'état dépressif, qui serait la cause de la dépendance à l'alcool que présente l'assurée. La chambre de céans est consciente de ce que celle-ci a connu des moments de vie particulièrement difficiles, moments qui ont pu expliquer une certaine consommation d'alcool, ils ne valent cependant pas troubles psychiatriques et ne justifient pas, partant, que l'on considère qu'il s'agisse d'une alcoolo-dépendance primaire, de sorte que même si cette alcoolo-dépendance impliquait une entière incapacité de travail, cela ne serait pas suffisant, au regard de la jurisprudence du Tribunal fédéral, pour admettre une invalidité. Lors de l'audience du 17 février 2015, le médecin traitant a confirmé le diagnostic d'état dépressif qu'elle avait retenu, le qualifiant de sévère « au vu de ce qu'elle [l'assurée] explique avec ses mots. Elle n'a pas d'idée suicidaire, mais pense que si elle ne réveille pas le lendemain matin, ce serait plutôt une bonne chose ». Le médecin traitant maintient ainsi que sa patiente ne souffre pas d'une simple dysthymie. Elle considère qu'il y a aggravation de l'état dépressif, qui va de pair avec l'augmentation de la consommation d'alcool, précisant toutefois qu'elle n'avait pas encore réussi à la convaincre de consulter un psychiatre. Il apparaît à la chambre de céans que le médecin traitant semble plutôt faire reposer son diagnostic sur des appréciations clairement subjectives, ne faisant en particulier pas état des critères CIM-10. Elle reconnaît que le Cipralax, qu'elle lui prescrit, ne suffirait pas pour traiter un état dépressif sévère. L'expert a à cet égard constaté, quoi qu'il en soit, que « l'assurée était totalement non observante pour cette prescription, ce qui met en question indirectement les notions antérieures à l'observance et compliance ». Le médecin traitant avait en revanche souligné une compliance optimale et une bonne concordance entre les plaintes de la patiente et l'examen clinique. Entendue par la chambre de céans, elle a admis que « j'avais indiqué dans mon rapport du 10 septembre 2013 que la compliance était bonne. Je dois malheureusement rectifier, dans la mesure où j'avais fait confiance dans ses déclarations ». Elle a par ailleurs déclaré qu'« il faut une psychothérapie en même temps. En ma qualité de généraliste, je ne peux assumer la psychothérapie qui serait nécessaire. Je ne peux apporter qu'un soutien qui reste nécessairement insuffisant ». Aucune mesure psychothérapeutique n'a ainsi été mise sur pied. S'agissant enfin des réserves de l'assurée à se livrer en entretien, ces dernières ont été dûment prises en compte par le médecin expert. Les conclusions du médecin traitant ne sauraient, au vu de ce qui précède, remettre en cause le caractère probant des conclusions de l'expert quant à la capacité de travail de l'assurée.

A/3044/2014 - 12/13 -

E. 11

La recourante souffre également de pathologies d'ordre somatique qui n'ont pas été investiguées par l'OAI, soit la BPCO et l'hyperthyroïdie. Le médecin traitant n'en fait toutefois pas état pour justifier une quelconque diminution de la capacité de travail et a confirmé, en audience, que sur le plan somatique, il n'y a pas de diminution de la capacité de travail. Il n'y a dès lors pas lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sur ce point.

E. 12

L'expert a conclu à une capacité de travail de 100% dans toute activité, à la date de son expertise, précisant à cet égard qu'il ne pouvait pas se prononcer pour le passé. Il n'a certes pas souhaité se prononcer sur la capacité de travail antérieure à son expertise. Il a toutefois indiqué que « pour ce qui concerne le passé, il n'y a aucun indice que ces quelques dernières années, une incapacité de travail significative ait existé ». Il y a lieu de rappeler que dans son rapport du 3 mai 2013, le médecin traitant a indiqué que sa patiente avait commencé à consommer de l'alcool de façon abusive depuis 2005-2006 en raison d'une péjoration de son état dépressif liée au départ de son mari et qu'elle souffre d'un état dépressif sévère depuis 2011, date à laquelle elle avait cessé toute activité lucrative. Le 25 octobre 2014, le médecin fait état d'une aggravation de l'état de santé, se bornant à préciser, notamment, que sa patiente présente une humeur triste et est de moins en moins soignée. Ces constatations, au demeurant contradictoires, ne suffisent pas pour justifier qu'il y ait eu incapacité de travail déterminante avant mai 2014, date du rapport d'expertise. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

A/3044/2014 - 13/13 - 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.