

GE_GERICHTE ATAS/452/2013 vom 14. Mai 2013

GE Cour de justice, 2013-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_452_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/452/2013 du 14 mai 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/452/2013 del 14 maggio 2013

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 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

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 3

L'objet du litige consiste à déterminer si le recourant présente une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 4

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. 5

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

- 10/18-

A/946/2012 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 pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (ATF non publié 9C_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

E. 6

La question préalable à résoudre avant l'examen d'éventuelles prestations de l'assurance-invalidité est de déterminer si la polytoxicomanie dont souffre le recourant est la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie ou si elle a provoqué une atteinte à la santé invalidante. Pour

- 11/18-

A/946/2012 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'expert psychiatre.

E. 7

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). 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). 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

- 12/18-

A/946/2012 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 ; ATF 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. 8

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. 9

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). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; ATF non publié I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

E. 10

En l'espèce, l'intimé a nié le droit du recourant à des prestations d'invalidité, considérant, sur la base du rapport établi le 17 novembre 2011 par le Dr D_____, qu'il présentait une capacité de travail entière dans toute activité professionnelle. Force est toutefois de constater que les conclusions de l'expert divergent de celles des Drs A_____ et C_____, tant sur les diagnostics que sur la capacité de travail, et qu'elles ne sont pas suffisamment motivées.

- 13/18-

A/946/2012 En premier lieu, l'expert ne justifie pas les raisons pour lesquelles il écarte certains diagnostics posés avant lui par d'autres médecins. Il en va ainsi du trouble dépressif récurrent retenu par les Drs A_____ et C_____. En effet, dans sa synthèse des tests psychométriques, l'expert mentionne que le "Hamilton 17 items" plaide pour une symptomatologie dépressive tout au plus sub-clinique, alors que le "Beck 21" va dans le sens d'une symptomatologie dépressive sévère, tout comme le "facteur dépression du SCL-90R". L'expert fait état d'une mauvaise concordance entre l'examen clinique et les tests d'hétéro- et auto-évaluation, massivement surcotés, et indique que ce type de profil, chez un sujet d'intelligence normale et francophone, se retrouve souvent chez les personnes qui ont tendance à majorer ou amplifier leurs difficultés. Il sous-entend ainsi que le recourant aurait tendance à exagérer ses difficultés, mais ne livre aucun argument concret à cet égard. L'expert aurait dû développer les éléments l'amenant à diagnostiquer une éventuelle légère dysthymie, alors qu'il fait état d'épisodes dépressifs réactionnels et que deux médecins ayant suivi le recourant pendant plusieurs années ont fait état d'un trouble dépressif récurrent. Ses explications, selon lesquelles le recourant ne présente pas véritablement de pathologie dépressive manifeste, mais se caractérise plutôt par une certaine oisiveté, un manque de motivation et un comportement autocentré et plaintif, n'emportent pas la conviction de la Cour de céans. Il en va de même du diagnostic de personnalité borderline posé par la Dresse A_____ et de celui de trouble de la personnalité anxieuse et immature retenu par le Dr C_____. L'expert n'explique pas les raisons pour lesquelles il retient une "personnalité état limite avec des éléments d'immaturité" et écarte tout trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. Dans sa synthèse des tests

psychométriques, il indique que le "Hamilton anxiété" donne un score en faveur d'une anxiété mineure tout au plus, alors que le questionnaire "Spielberger" et le "facteur anxiété du SCL-90R" donnent un facteur "anxiété-état" élevé. L'expert ne donne aucune justification permettant de comprendre pourquoi il a exclu un trouble de la personnalité au profit d'un simple état limite de la personnalité n'ayant pas valeur de maladie. S'agissant du diagnostic de dépendance à l'héroïne (actuellement sous substitution de Méthadone), la Cour de céans relève que l'expert ne livre pas une appréciation globale incluant les causes et les conséquences de ladite dépendance. Il retient que le recourant a découvert l'héroïne dans un cadre festif vers l'âge de 17-18 ans et affirme que ses troubles émotionnels sont en grande partie secondaires à la consommation chronique et à l'abus de substances toxiques. L'expert ne fait toutefois aucune référence à la période précédant la consommation d'héroïne, et en particulier à des troubles dépressifs antérieurs qui l'auraient conduit à consommer des produits toxiques. Il est rappelé à cet égard que le Dr C _____ a mentionné que le recourant avait présenté des symptômes dépressifs et un trouble

- 14/18-

A/946/2012 de l'adaptation ou de la personnalité vers l'âge de 13-14 ans déjà et qu'il avait effectué ses premières tentatives d'automédication par des substances telles que des benzodiazépines pour étouffer ses émotions vers l'âge de 15 ans. La Dresse A _____ a également fait état d'une première dépression à l'adolescence. L'expert n'a fait aucun cas de ces faits, pourtant importants, de sorte que ses conclusions ne sauraient être suivies sans autre. Compte tenu de ces importantes divergences ayant trait aux diagnostics, la Cour de céans n'est pas 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, ni, le cas échéant, sur leurs conséquences sur la capacité de travail du recourant. S'agissant de la consommation d'alcool du recourant, l'expert indique qu'elle n'a jamais été très importante, hormis pendant de courtes périodes, et retient des abus occasionnels d'alcool bien contrôlés. Il ne donne toutefois aucune information quant à la quantité et à la fréquence de cette consommation, ni n'indique en quoi elle serait contrôlée. La Cour de céans relève qu'il ressort de la lettre de sortie du 2 février 2012 du département de chirurgie des HUG que le recourant a été hospitalisé en raison d'une pancréatite aiguë nécrosante d'origine alcoolique et mentionne, comme comorbidités inactives, des troubles dépressifs récurrents et un alcoolisme chronique. L'origine éthylique de la pancréatite aiguë est confirmée par le rapport du 27 février 2012 du Dr I _____. Le rapport de la Clinique genevoise de Montana fait également mention d'une dépendance à l'alcool. L'avis de l'expert selon lequel la consommation d'alcool ne serait qu'occasionnelle, de faible importance et bien contrôlée, n'emporte ainsi pas la conviction de la Cour de céans. Enfin, selon l'expert, la capacité de travail médico-théorique, hormis les épisodes d'éthylisation, est entière dans toute activité, sans diminution de rendement. Il indique que rien ne s'oppose à ce que le recourant poursuive, comme à son habitude, de petites activités peu qualifiées et qu'il serait capable de s'adapter à son environnement professionnel s'il en avait la motivation, de sorte que des mesures de réadaptation professionnelle ne sont pas indiquées en l'absence d'un projet élaboré. Les Drs A _____ et C _____ sont d'un avis totalement opposé puisqu'ils ont mentionné, en l'état, une incapacité totale de travail. Selon la Dresse A _____, le recourant présente des restrictions psychologiques à l'exercice d'une activité professionnelle, restrictions qui se manifestent par une instabilité, une dépression et des conflits. Elle préconise la reprise d'un traitement psychiatrique et est

d'avis que des mesures de réadaptation professionnelle pourraient engendrer une stabilisation de la dépression chronique du recourant. Le Dr C_____ a indiqué que le recourant n'avait plus eu d'activité

- 15/18-

A/946/2012 professionnelle depuis plusieurs années, mais qu'il pourrait améliorer ses capacités. Selon lui, on pouvait espérer une amélioration des capacités relationnelles et émotionnelles du recourant, permettant ainsi d'envisager à terme une amélioration de sa capacité de travail, même si le pronostic était difficile. Par conséquent, la Cour de céans n'est en l'état pas en mesure de se prononcer sur la capacité de travail du recourant.

E. 11

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate que le rapport d'expertise est insuffisamment motivé sur de nombreux points et que les investigations de l'expert ne sont pas suffisamment complètes ou étayées pour qu'on puisse considérer ses conclusions comme convaincantes. Bien que les résultats des tests psychométriques soient contradictoires, l'expert n'a pas expliqué pour quelles raisons il a écarté les résultats de certains tests, et notamment pourquoi il n'a pas retenu une symptomatologie dépressive sévère, une anxiété élevée ou encore des traits paranoïaques et des traits psychotiques. En outre, dans la mesure où ses conclusions divergent notablement de celles des médecins traitants, que ce soit sur les diagnostics ou sur la capacité de travail, l'expert aurait dû, à tout le moins, s'entretenir avec eux afin de livrer des conclusions motivées et convaincantes. A titre d'exemple, le trouble dépressif diagnostiqué par les médecins traitants est récurrent, de sorte qu'il est possible que l'expert ait examiné le recourant à un moment de rémission partielle. En outre, les médecins traitants ont affirmé que le recourant avait présenté un trouble dépressif à l'adolescence, soit avant toute consommation d'héroïne. Il s'agit d'un élément objectivement vérifiable, qui semble avoir été écarté par l'expert sans aucune explication. Au vu de tout ce qui précède, on ne saurait attribuer une valeur probante à son rapport d'expertise. Concernant les rapports des médecins traitants, la Cour de céans relève que, bien que ces derniers s'accordent sur la totale incapacité de travail actuelle et sur l'existence d'un trouble dépressif récurrent, ils divergent eux aussi sur de nombreux points. Ainsi, la Dresse A_____ qualifie le trouble dépressif récurrent de majeur et diagnostique un trouble de la personnalité borderline (F60.31). Elle indique que le recourant serait devenu dépendant à l'héroïne vers l'âge de 34-35 ans et ne précise pas l'origine de cette dépendance. Quant au Dr C_____, il qualifie le trouble dépressif récurrent de léger à moyen et diagnostique en sus un trouble de la personnalité anxieuse et immature (F60.8). Il indique que des symptômes dépressifs et un trouble de l'adaptation ou de la personnalité étaient antérieurs aux premières prises de substances toxiques, mais ne se prononce pas non plus expressément sur l'origine de la toxicomanie. Par conséquent, la Cour de céans ne saurait attribuer une pleine valeur probante aux rapports des médecins traitants du recourant.

- 16/18-

A/946/2012

E. 12

En conséquence, la Cour de céans considère que le dossier n'est pas en état d'être jugé et qu'il se justifie d'ordonner une expertise psychiatrique.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement

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