

GE_GERICHTE ATAS/533/2011 vom 26. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_533_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/533/2011 du 26 mai 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/533/2011 del 26 maggio 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 7 octobre 2008 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision) et de celles du 26 octobre 2006 (5ème révision), cependant, les faits pertinents remontent à l'année 2002. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au

A/4010/2008 - 11/19 - regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En ce qui concerne en 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si le trouble dépressif et la dépendance à l'alcool du recourant sont invalidants et s'ils lui ouvrent droit à une rente d'invalidité.

E. 5

a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008), 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. b) D'après l'article 29 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 1998 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. Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2007, 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 le dix-huitième anniversaire de l'assuré.

E. 6

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA (art. 4 al. 1 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2003, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute

A/4010/2008 - 12/19 - 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). 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).

E. 7

a) D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle 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, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même

d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268). En tant qu'elle n'est ni la cause ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, l'alcoolodépendance de l'intéressé constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité au sens de la jurisprudence fédérale précitée (cf. arrêt non publié du Tribunal fédéral no 9C_219/2007 du 3 avril 2008, consid. 3). b) 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 (arrêt non publié du Tribunal fédéral no 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.3).

A/4010/2008 - 13/19 - c) L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. 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 d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (cf. arrêts non publiés du Tribunal fédéral I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3 et 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.4). d) L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. 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 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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).

E. 8

a) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

A/4010/2008 - 14/19 - b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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). c) 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. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). 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 surexpertise 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).

E. 9

a) En l'espèce, la Cour de céans a mandaté le Dr W _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu son rapport en date du 23 décembre 2010. Ce médecin a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans

A/4010/2008 - 15/19 - symptômes psychotiques (F32.2) et de syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation continue (F10.25). L'expert a expliqué que la dépression est intervenue suite à l'infarctus du myocarde dont l'assuré a été victime en 2001, et qu'elle a été dominée par la peur d'une mort imminente et des ruminations anxieuses centrées sur la mort. La dépression du recourant a été entretenue par les nouvelles exigences quant à sa prise régulière de plusieurs médicaments et à la restriction de faire certains efforts, puis par des lombalgies et une limitation à la marche, ce qui a aggravé, d'après l'expert, le sentiment d'inutilité et de dévalorisation éprouvé par l'intéressé. Enfin, la situation s'est aggravée avec la découverte d'une séropositivité et la perspective d'une mort lente liée au SIDA. L'expert a qualifié la dépression de l'assuré de sévère, eu égard à la durée et à la présence qualitative et quantitative des différents symptômes. Il a ajouté que l'alcool était connu pour avoir un effet dépressif et que son utilisation entretenait et aggravait la dépression. Par ailleurs, l'expert a déterminé que le recourant souffrait d'une dépendance à l'alcool avec une utilisation continue, dépendance largement antérieure à l'incapacité de travail survenue en novembre 2001, l'assuré ayant déclaré qu'il buvait dès 9h du matin lorsqu'il travaillait sans que cela n'ait jamais eu d'influence sur son rendement. Cette dépendance n'a pas engendré de maladie et ne résulte pas d'une atteinte à la santé physique ou mentale, toutefois, elle a été accentuée par les conséquences psychiques des atteintes physiques multiples survenues après le premier infarctus. L'importance de la problématique alcoolique a, d'après l'expert, été surestimée par les médecins. Pour ce qui est de l'absence de suivi et du refus de soins psychiatriques du recourant, ils doivent selon l'expert être mis en lien avec un sentiment de désespoir profond, une perte complète de perspective et de sens à la vie et un état de détresse majeur, dénotant à son avis un état dépressif grave. C'est aussi la conséquence de son incapacité à reconnaître son atteinte psychique et de la mauvaise structuration de sa personnalité (il agit plus qu'il ne réfléchit). L'expert a conclu que le diagnostic de dépression sévère a entraîné une incapacité de travail de 100% depuis le 1er décembre 2001, quelle que soit l'activité envisagée. En revanche, il n'a pu déterminer l'impact de la dépendance à l'alcool sur la capacité de travail du recourant, étant précisé qu'une éventuelle limitation de la capacité de travail de ce fait pourrait quoi qu'il en soit être réglée par un sevrage et un suivi psychiatrique conséquent. b) La Cour de céans constate que l'expertise du Dr W_____ repose sur deux entretiens avec le recourant en dates des 2 et 15 novembre 2010, un entretien téléphonique du 16 décembre 2010 avec un médecin traitant et l'étude du dossier médical. L'anamnèse personnelle, familiale et médicale est suffisamment détaillée

A/4010/2008 - 16/19 - et les plaintes du recourant ont également été prises en considération. L'expertise est en outre bien motivée et convaincante, attendu qu'elle explique les raisons pour lesquelles l'expert a retenu les diagnostics précités et admis une totale incapacité de travail dans toutes les activités lucratives. Il convient notamment de relever que bien que la dépendance à l'alcool ait été accentuée par le trouble dépressif sévère du recourant, l'expert a souligné et explicité l'indépendance du trouble dépressif par rapport à la dépendance à l'alcool, le trouble dépressif étant intervenu suite aux deux infarctus et en raison d'une peur imminente ou lente de la mort. On comprend ainsi que la totale incapacité de travail retenue soit la conséquence du trouble dépressif. Il y a donc lieu de reconnaître pleine valeur probante à l'expertise du Dr W_____. En outre, l'appréciation de l'expert concorde en substance avec celles des médecins de l'Unité psychiatrique de liaison et du Département de médecine communautaire des HUG des 28 juillet 2006, 6 février et 10 août 2007, lesquels ont posé les mêmes diagnostics et admis une totale incapacité de travail dans toutes

les activités lucratives sans toutefois déterminer avec précision l'influence de chaque diagnostic sur la capacité de travail du recourant. c) L'intimé, se fondant sur un avis de la Dresse A_____ du 11 janvier 2011, conteste la valeur probante du rapport d'expertise. Il allègue tout d'abord qu'en présence d'une consommation excessive d'alcool, le diagnostic d'épisode dépressif ne peut pas être posé. Or, à cet égard, l'expert a précisément déterminé les raisons pour lesquelles il a retenu l'un et l'autre de ces diagnostics, expliquant que c'était parce que leur survenance était indépendante. L'intimé reproche par ailleurs à l'expert de ne pas avoir évalué la dépendance et la consommation d'alcool à l'aide de tests et de ne pas avoir tenu compte de la définition de l'atteinte incapacitante s'agissant d'un trouble psychique lié à la consommation d'alcool. Il est vrai que l'expert n'a pas effectué de tests spécifiques pour connaître précisément le degré de la dépendance à l'alcool du recourant et qu'il a uniquement indiqué que celui-ci n'était "pas imprégné d'alcool" lorsqu'il l'a reçu. Cependant, dans la mesure où l'expert a retenu que l'état dépressif s'est développé indépendamment de la dépendance à l'alcool et réduit à lui seul à néant la capacité de travail de l'assuré, il n'est pas déterminant de se prononcer précisément sur le caractère invalidant de la dépendance à l'alcool. Par ailleurs, contrairement à ce qu'allègue l'intimé, l'expert a jugé que la problématique alcoolique a été surestimée par ses collègues, expliquant qu'il ne s'agissait pas là de la cause principale de l'incapacité de travail, cette dernière étant sans aucun doute due à l'état dépressif, même si ce dernier a accentué la dépendance à l'alcool.

A/4010/2008 - 17/19 - L'intimé fait également valoir que l'expert ne s'était pas prononcé sur les mesures médicales à entreprendre, notamment liées à un sevrage, et sur leurs effets sur l'état dépressif du recourant. A cet égard, il sied de constater que l'expert a retenu, comme tous les autres médecins ayant examiné le recourant, que sa dépendance à l'alcool pourrait être améliorée par un sevrage et un suivi psychiatrique conséquent. Toutefois, il a souligné l'incapacité du recourant à reconnaître son atteinte psychique et la mauvaise structuration de sa personnalité et leurs conséquences : une absence de continuité dans le suivi et une mauvaise compliance. C'est la raison pour laquelle l'expert a émis un pronostic réservé. Au vu de ce qui précède, on comprend qu'il sera très difficile pour le recourant de se soigner correctement et qu'il était dès lors difficile à l'expert de se prononcer sur les effets de mesures médicales auxquelles il sait que le recourant ne se soumettra sans doute pas. Enfin, il est vrai, comme le retient l'intimé, que l'expert a tenu compte d'éléments subjectifs dans le cadre de ses constatations objectives. L'expert a toutefois exposé ses constatations objectives et apprécié l'état psychique du recourant de manière claire, de sorte que cet élément ne saurait remettre en cause ses conclusions. Au vu des éléments exposés, le rapport du 11 janvier 2011 de la Dresse A_____, dont on relèvera qu'elle est au demeurant médecin généraliste, n'est pas propre à jeter le doute sur l'appréciation de l'expert psychiatre, appréciation de surcroît confirmée par d'autres médecins ainsi que relevé plus haut.

E. 10

Il doit dès lors être considéré, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, que le trouble dépressif du recourant est survenu en décembre 2001, indépendamment de sa dépendance à l'alcool, qu'il a incontestablement valeur de maladie et qu'il entraîne une totale incapacité de travail. Il s'ensuit que le degré d'invalidité du recourant se confond avec celui de son incapacité de travail (cf. arrêt non publié du Tribunal fédéral I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2) et qu'il doit se voir reconnaître un degré

d'invalidité de 100% et le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er décembre 2002, soit à l'issue du délai de carence d'une année à compter du mois de décembre 2001(art. 29 LAI).

E. 11

Pour le surplus, l'intimé soutient que le recourant aurait travaillé de janvier à octobre 2003 auprès de son dernier employeur, sur un chantier duquel il a été surpris le samedi 31 janvier 2004. Les mesures d'instruction conduites par la Cour de céans n'ont cependant pas permis de confirmer ces faits. Certes, aucune opposition écrite n'a été retrouvée mais il n'en demeure pas moins qu'on ne saurait conclure de la présence de l'assuré sur un chantier - qui plus est un samedi - qu'il aurait repris une activité régulière sur les chantiers.

A/4010/2008 - 18/19 -

E. 12

Compte tenu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision de l'intimé du 7 octobre 2008 annulée. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI) ainsi qu'à verser au recourant, représenté par un conseil, une indemnité de 3'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

A/4010/2008 - 19/19 - 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.