

GE_GERICHTE ATAS/59/2012 vom 31. Januar 2012

GE Cour de justice, 2012-01-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_59_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/59/2012 du 31 janvier 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/59/2012 del 31 gennaio 2012

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

- 8/16-

A/595/2011 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, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations AI.

E. 4

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 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. 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2

LAI dispose que 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.

E. 5

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

- 9/16-

A/595/2011 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). 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'assuré 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). 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). L'existence d'une comorbidité psychiatrique 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

- 10/16-

A/595/2011 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). 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. 6

Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections

- 11/16-

A/595/2011 corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (ATF 9C_711/2010 du 18 mai 2011, consid. 5.1; ATF 132 V 65, consid. 4.2.2).

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). b) 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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, 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, 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

- 12/16-

A/595/2011 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). d) 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 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

E. 8

En l'espèce, le Dr D_____ a retenu, dans le rapport qu'il a établi conjointement avec la Dresse E_____ le 15 septembre 2010, plus particulièrement des rachialgies, impliquant un certain nombre de limitations fonctionnelles, de sorte qu'il a conclu à une incapacité de travail de 50% dans l'activité de vendeur de kebabs et d'aide de cuisine, mais à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, en revanche, les médecins du SMR ont considéré que la capacité de travail était de 100% quelle que soit l'activité envisagée, depuis trois mois environ, soit depuis juin 2010. Ils ont en effet diagnostiqué, au moment de leur examen, un épisode dépressif sévère sans

symptôme psychotique, en rémission complète. Ils ont précisé que l'alcoolisme n'était ni la conséquence, ni le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité, et que la dépendance à l'alcool en elle-même ne justifiait aucune incapacité de travail, cette dépendance étant primaire. Ils n'ont pas non plus retenu de syndrome douloureux somatoforme persistant.

E. 9

L'assuré conteste les conclusions du rapport d'expertise, se fondant sur les avis de ses médecins traitants. Tant le Dr B _____ que le Dr A _____ considèrent que leur patient est incapable de travailler à 100% depuis juillet 2009. Le Dr A _____ plus particulièrement, après avoir pris connaissance des constatations de la Dresse E _____, s'est étonné de ce que celle-ci ait pu conclure à un épisode dépressif

- 13/16-

A/595/2011 sévère en rémission complète depuis juin 2010 alors qu'elle n'a vu l'assuré qu'une seule fois en septembre 2010 ; il confirme quant à lui qu'il n'y a pas eu d'amélioration et que la capacité de travail est restée nulle. S'agissant de la problématique de l'alcool, il rappelle que le processus de sevrage prend du temps, et implique en premier lieu que le patient en prenne la décision, celle-ci ne pouvant être envisagée qu'après une psychothérapie. Il s'avère à cet égard que l'assuré a précisément consulté les Drs I _____ et K _____, lesquels ont, dans un rapport du 15 avril 2011, diagnostiqué un trouble dépressif récurrent épisode dépressif actuel sévère. Ils ont également retenu une dépendance à l'alcool avec une consommation actuellement continue, une anxiété généralisée et une agoraphobie sans trouble panique, précisant toutefois que ces derniers diagnostics devraient être réévalués à distance de l'épisode anxio- dépressif actuel avant d'être maintenus comme des comorbidités. Ils ont indiqué qu'il était probable que les consommations d'alcool par moment importantes, ainsi que leur fluctuation dans le temps, pouvaient avoir un impact négatif sur le niveau d'anxiété, d'irritabilité et l'intensité de la symptomatologie dépressive. Ils ont enfin considéré que les troubles dont souffrait l'assuré étaient accompagnés d'un syndrome douloureux chronique. Selon le Dr J _____, l'évaluation des Drs K _____ et I _____ viendrait confirmer celle de la Dresse E _____ qui estime que l'épisode dépressif est en rémission complète. On ne voit pas cependant comment le fait que les variations quantitatives et qualitatives de la consommation d'alcool puissent avoir un impact négatif sur la symptomatologie dépressive, soit de nature à expliquer que la Dresse E _____ ait retenu que l'état dépressif sévère était en rémission complète. On ne comprend pas bien non plus comment la Dresse E _____ arrive à la conclusion, lorsqu'elle examine l'assuré en septembre 2010, que son état dépressif s'est amélioré depuis trois mois au point que l'épisode dépressif sévère soit en rémission complète, alors que le Dr A _____ ainsi que le Dr B _____, d'une part, font état en juillet 2010 d'un épisode dépressif sévère et d'une anxiété généralisée et nient en février 2011 qu'il y ait une amélioration, et que les Drs I _____ et K _____, d'autre part, confirment en avril 2011 l'intensité sévère. On ne peut dès lors que s'étonner des conclusions de la Dresse E _____. Il est vrai que selon les psychiatres des HUG, il est probable que les consommations d'alcool par moment importantes ainsi que leur fluctuation dans le temps puissent avoir un impact négatif sur le niveau d'anxiété, d'irritabilité et l'intensité de la symptomatologie dépressive, ce qui conduit l'OAI à en conclure qu' "il existe une relation directe entre l'utilisation d'alcool qui est continue et la gravité qualifiée de sévère du trouble dépressif récurrent". On ne

- 14/16-

A/595/2011 saurait toutefois assimiler une hypothèse envisagée par les médecins à un fait avéré, et ainsi considérer comme établi, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que le trouble dépressif sévère est lié à la dépendance à l'alcool, ni déterminer le cas échéant l'impact de cette dépendance sur la capacité de travail. Il va de soi qu'un sevrage et un suivi psychiatrique conséquent serait bénéfique à l'assuré. La Cour de céans constate à cet égard que l'assuré s'est d'ores et déjà adressé à la Consultation spécialisée des HUG. Force est de constater que tous les médecins font état d'un épisode dépressif d'intensité sévère tant en juillet 2010 qu'en avril 2011. Seule la Dresse E_____ considère qu'il est en rémission complète depuis juin 2010, sans que l'on comprenne précisément pour quel motif elle arrive à cette conclusion. La valeur probante du rapport SMR du 15 septembre 2010 ne peut dès lors être reconnue, du moins sur le plan psychiatrique, les conclusions de la Dresse E_____ n'étant ni convaincantes, ni motivées. Le dossier médical ne permet notamment pas à la Cour de céans de déterminer si le trouble dépressif dont souffre l'assuré est lié à la dépendance à l'alcool. Si tel n'était pas le cas, il aurait incontestablement valeur de maladie et s'il devait être qualifié de sévère, entraînerait une totale incapacité de travail.

E. 10

Quelles sont les limitations fonctionnelles du recourant ?

E. 11

Dans quelle mesure une activité lucrative adaptée est-elle raisonnablement exigible du recourant, et dans ce cas dans quel domaine ?

- 16/16-

A/595/2011

E. 12

Dans une telle activité, existe-t-il une diminution de rendement et dans quelle mesure ?

E. 13

Evaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.

E. 14

Pronostic.

E. 15

Toute remarque utile et proposition de l'expert. 3. Commet à ces fins le Dr L_____ ;
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans ; 5. Réserve le fond ;

La greffière

Nathalie LOCHER

La Présidente

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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