

# **GE\_GERICHTE ATAS/740/2017 vom 24. August 2017**

GE Cour de justice, 2017-08-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_740\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_740_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/740/2017 du 24 août 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/740/2017 del 24 agosto 2017

## **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), 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**

À 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). 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 ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

A/215/2016 - 14/20 -

### **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 la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement, sur le caractère invalidant des atteintes dont elle souffre.

### **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).

#### **E. 7**

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. 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. 28a al. 1 LAI). 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 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. 8**

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).

#### **E. 9**

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. À

A/215/2016 - 15/20 - 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

#### **E. 10**

À 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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3).

#### **E. 11**

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

A/215/2016 - 16/20 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 5.4).

#### **E. 12**

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 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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). 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).

A/215/2016 - 17/20 - 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. À 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).

## **E. 13**

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. 14**

En l'espèce, l'intimé nie à la recourante le droit à toute prestation. Se fondant sur le rapport du Dr G\_\_\_\_\_, il considère que le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'est pas établi et que l'assurée a conservé une pleine capacité de travail dans toute activité, ce que l'intéressée conteste. En premier lieu, il convient de déterminer quelle valeur probante peut être reconnue à l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_. La Cour de céans constate que le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante, qu'il tient compte des plaintes rapportées par cette dernière, qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier et que ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante. On ajoutera que si les médecins traitants de la recourante divergent sur l'appréciation de la capacité de travail de celle-ci, ils n'amènent aucun élément médical objectif justifiant de s'écarter des conclusions de l'expertise. En particulier, le psychiatre traitant confirme les diagnostics retenus par l'expert. Tous deux ont écarté ceux de trouble bipolaire et d'anxiété. Quant aux traits de personnalité

A/215/2016 - 18/20 - dépendante invoqués par le Dr I\_\_\_\_\_, ils sont compatibles avec le diagnostic de personnalité émotionnellement borderline retenu par l'expert. Dans ces circonstances, il n'y a donc pas lieu de procéder à une nouvelle expertise, celle figurant au dossier étant pleinement suffisante sur le plan psychique. La recourante reproche à l'OAI une position qu'elle estime contraire aux conclusions de l'expert. Il est vrai que ce dernier a admis une incapacité de travail de 100% entre septembre 2012 et décembre 2013 et de 50% de janvier à juin 2014. Cette incapacité est justifiée par l'aggravation psychique survenue lorsque l'atteinte hépatique a été posée et qu'un traitement lourd a été mis en place. L'expert psychiatre a indiqué que si le trouble dépressif était désormais amélioré, il avait effectivement été de degré sévère par le passé. Le SMR a d'ailleurs confirmé, en août 2013, qu'à eux seuls, les effets secondaires du traitement par Interféron justifiaient une incapacité de travail jusqu'à la fin dudit traitement. Sur ce point, la recourante a donc raison. C'est à tort que l'intimé retient que l'incapacité de travail se serait limitée à la période du 15 mars 2013 au 12 février 2014. Il ressort au contraire du dossier et du rapport du Dr G\_\_\_\_\_ que cette incapacité a bel et bien débuté en septembre 2012 - alors justifiée par l'aggravation du trouble dépressif, devenu sévère suite à l'annonce du diagnostic hépatique - et qu'elle a duré jusqu'à fin juin 2014, soit quelques mois après la fin du traitement par Interféron - arrivé à terme fin mars 2014. À cet égard, les conclusions de l'expert paraissent vraisemblables et convaincantes au vu de l'anamnèse et du dossier. Il ne se justifie dès lors pas de s'écarter comme l'a fait l'intimé. Dès lors, la période d'incapacité à retenir est bel et bien de 100% entre septembre 2012 (aggravation psychique consécutive à l'annonce de l'atteinte somatique) et mars 2014 (date à laquelle le traitement de l'hépatite a pris fin, puisqu'il justifiait à lui seul une totale incapacité selon le SMR), puis de 50% d'avril à juin 2014 (jusqu'à ce que les effets secondaires du traitement s'estompent et que l'état psychique de l'assurée s'améliore, selon les constatations de l'expert). Sur ce point, le recours est admis et il conviendra de renvoyer la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues à compter de septembre 2013 et jusqu'à septembre 2014. Reste à examiner ce qu'il en est de la période débutant en juillet 2014, pour laquelle l'expert a reconnu à l'assurée, d'un point de vue psychique, une pleine capacité de travail dans toute activité. La recourante reproche à

l'expert et à l'intimé d'avoir considéré sa polytoxicomanie comme surmontable. Cela étant, l'expert et l'intimé n'ont fait qu'appliquer la jurisprudence constante. En effet, même si on admet que les traits de personnalité de l'assurée ont pu favoriser l'apparition de la toxicomanie, il n'en demeure pas moins que ces traits n'étaient pas invalidants en eux-mêmes et que la toxicomanie n'a pas non plus induit d'atteinte invalidante en soi. Il ne fait par ailleurs aucun doute que la toxicomanie est primaire, dans la mesure où elle est apparue bien avant les troubles psychiques. Dès lors, on ne saurait retenir d'atteinte

A/215/2016 - 19/20 - invalidante sur le plan psychique au-delà de juin 2014, date à compter de laquelle le trouble dépressif récurrent n'a plus revêtu qu'un degré de sévérité moyenne. On rappellera à cet égard qu'en cas de dépendance, la situation de fait doit certes 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 -, mais, 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. Tel n'est pas le cas en l'occurrence. Il n'y a donc pas non plus lieu de s'écarter des conclusions de l'expert quant au recouvrement d'une pleine capacité de travail médico-théorique à compte de juillet 2014. Sur ce point, la recourante se voit déboutée.

#### **E. 15**

En dernier lieu, la recourante reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de ses atteintes pulmonaires. Cependant, force est de constater que la BPCO dont elle souffre est modérée. Les médecins traitants n'ont d'ailleurs jamais fait état d'une incapacité en lien avec cette atteinte. Quant au syndrome d'apnées du sommeil, il n'a été diagnostiqué qu'en mars 2016 - soit bien après la décision litigieuse. On pourrait certes soutenir qu'il devait déjà être présent à l'heure où celle-ci a été rendue. Cependant, les troubles de l'attention et de la concentration dont se plaint la recourante - dont on pourrait penser qu'ils seraient induits par cette atteinte - n'ont pas été objectivés. Au contraire, l'expert psychiatre, après examen psychométrique, a considéré qu'il n'y avait aucun trouble de la concentration incapacitant. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimé n'en a pas tenu compte. S'il devait s'avérer que les troubles augmentent ou soient objectivés dans le futur, il serait loisible à la recourante de déposer une nouvelle demande pour ce motif.

#### **E. 16**

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour calcul des prestations dues correspondant aux périodes d'incapacité retenues au considérant 14 supra.

A/215/2016 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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