

# **GE\_GERICHTE ATAS/950/2011 vom 12. Oktober 2011**

GE Cour de justice, 2011-10-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_950\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_950_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/950/2011 du 12 octobre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/950/2011 del 12 ottobre 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).

A/2224/2009 - 9/15 - Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

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

### **E. 3**

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant présente une invalidité au sens de la loi lui ouvrant le droit aux prestations.

### **E. 4**

a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins . b) En vertu de l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur valable 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 art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 et l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur 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.

### **E. 5**

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). Aux termes de l'art. 7 al. 1er 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. L'art. 7 al. 2 LPGA n'a cependant pas modifié la notion d'incapacité de gain, mais correspond à l'inscription dans la loi de la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (ATF 135 V 215 consid. 7 p. 229 ss.). Enfin, selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont

A/2224/2009 - 10/15 - les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

## **E. 6**

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007, consid. 2.2). Le Tribunal fédéral a aussi exposé qu'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 est délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive de substances toxiques 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. Dès lors, 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. L'anamnèse, notamment l'historique de la toxicomanie 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 du

Tribunal fédéral 9C\_395/2007, consid. 2.3 et réf. y citées, à savoir THONNEY/GAMMETER, *Alcool: problèmes psychiatriques courants*. « La boîte à outils du praticien », *Revue médicale de la Suisse romande*, 2004; 124: p. 415 ss; Roland GAMMETER, *Comorbidités psychiatriques associées à la dépendance à l'alcool*, *Forum Med Suisse*, 2002; 23: p. 562 ss;

A/2224/2009 - 11/15 - SHIVANI/GOLDSMITH/ANTHENELLI, *Alcoholism and psychiatric disorder: diagnostic challenges*, *Alcohol Research & Health*, 2002; 26(2): p. 90 ss; Christine DAVIDSON, *Identification et traitement des comorbidités psychiatriques associées à l'alcoolodépendance*, *Praxis* 1999; 88: p. 1720). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_395/2007, consid. 2.4).

#### **E. 7**

a) 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). b) 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).

A/2224/2009 - 12/15 - c) Lorsque, 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 353 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. 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

## **E. 8**

En l'espèce, le recourant a été soumis à une expertise par un psychiatre indépendant. Celle-ci a été rendue en connaissance du dossier intégral, sur la base d'une anamnèse détaillée et d'un examen approfondi. Elle prend également en compte les plaintes du recourant. Partant, il y a en principe lieu de reconnaître à cette expertise une pleine valeur probante. Selon l'expert, le recourant ne présente pas d'affection psychiatrique avec influence sur la capacité de travail, abstraction faite de la polytoxicomanie. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des troubles anxieux sans précision, des troubles mentaux et troubles comportementaux liés à l'utilisation d'opiacés et de sédatifs, actuellement sous régime de maintenance sous surveillance médicale, ainsi que de dérivés du cannabis, utilisation continue, chez une personnalité à traits immatures, narcissiques et anxieux. L'expert a constaté que le recourant était un homme expressif, ouvert, souriant, aimable, sans troubles cognitifs majeurs, bien adapté et, dans le cadre de l'examen, pas du tout anxieux. Il semblait aussi relativement bien fonctionner sur le plan social. Sa scolarité avait été normale et il avait pu commencer un apprentissage, qui avait toutefois été arrêté au moment où la consommation de substances diverses avait pris le dessus. Néanmoins, le recourant n'était pas devenu clochard, mais avait témoigné d'une très bonne capacité d'adaptation, assumant différentes activités temporaires, gérant deux commerces pendant deux ans et développant une activité de commerçant de cassettes et de CD sur les marchés de la région. Il avait été ainsi professionnellement actif durant 11 ans, même s'il y avait eu des coupures. Il avait aussi réussi à financer sa consommation de substances psychotropes par ses propres moyens et ses capacités de gestion étaient depuis toujours considérables. Les données anamnestiques contredisaient le diagnostic de personnalité borderline, d'autant plus que l'expertisé avait eu à plusieurs reprises des relations de plutôt longue durée. Il était actuellement dans une relation qui durait depuis plus de six ans. Par ailleurs, les documents ne faisaient pas état d'un état dépressif ni intense ni

A/2224/2009 - 13/15 - durable dans le passé. Lorsque le recourant avait été pris en charge par un psychiatre, le Dr Q\_\_\_\_\_, en 2006, celui-ci n'avait pas introduit une médication antidépressive. Il n'en prenait toujours pas aujourd'hui et n'avait pas de suivi psychiatrique. Quant à la notion d'asthénie, il s'agissait d'un symptôme non spécifique, présent dans de très nombreuses maladies. Le plus probable était qu'il fût en lien avec la consommation continue à haute dose de méthadone et de benzodiazépines. A l'examen clinique, l'expert n'a en outre pas constaté de trace de fatigue particulière ni d'asthénie ni d'autres éléments dépressifs. En ce qui concerne l'anxiété, l'expert a relevé que le recourant n'était pas dysfonctionnel et anxieux depuis toujours, « mais un jeune garçon qui a fait un chemin « classique » entre curiosité, contacts avec des milieux où la drogue était présente, élargissement de la curiosité pour d'autres substances et intensification ». Pour l'expert, il

s'agit à l'évidence d'une toxicomanie primaire, en l'absence d'une problématique psychiatrique documentée. La dépendance aux benzodiazépines constituait ainsi un phénomène d'évolution autonome entre accoutumance, dépendance, apparition de syndrome de sevrage et réponse de maintien de la substance. Toutefois, l'expert a admis qu'un sevrage après tant d'années et après la consommation à hautes doses restera très difficile, mais non pas impossible. Actuellement, le niveau d'anxiété à l'examen clinique était léger à moyen au maximum. Les opiacés pouvaient provoquer un déficit cognitif, dans un premier temps réversible avec une abstinence conséquente, dans un deuxième temps durable. Cependant, à l'examen clinique, il n'y avait aucun indice véritable pour un déficit cognitif. Au contraire, le recourant avait fait preuve de vivacité et de capacités cognitives plutôt bonnes. Ainsi, l'expert a considéré qu'il s'agissait d'un ancien polytoxicomane actuellement stabilisé avec des régimes de substitution qui ne présentait pas de psychopathologie majeure. Toutefois, un sevrage médico-théorique, suivi d'une période d'abstinence suffisamment longue, nécessitera très probablement un important effort d'adaptation et provoquera des troubles d'adaptation. Ces conclusions sont partiellement contredites par les déclarations du Dr Q \_\_\_\_\_ lors de son audition en date du 29 août 2007. Celui-ci a indiqué qu'il était possible d'émettre un diagnostic psychiatrique, lorsque l'état psychique du patient était stabilisé, comme en l'espèce, grâce à la méthadone et aux benzodiazépines. Le Dr Q \_\_\_\_\_ a considéré que le recourant souffrait d'un trouble borderline. En outre, les personnes qui prenaient des drogues présentaient au départ généralement une réactivité au stress anormale et un déséquilibre. Le Dr Q \_\_\_\_\_ a néanmoins admis que, ne connaissant pas le patient au début de sa toxicomanie, il ne pouvait pas se prononcer davantage à ce sujet et qu'il y avait une interaction entre les toxiques et les troubles psychiques constatés. Un arrêt total des benzodiazépines et du cannabis améliorerait peut-être l'état psychique du recourant. Cependant, il n'était pas exigible que celui-ci s'en abstienne totalement et qu'il réduise la dose de méthadone à 100 mg. L'arrêt des toxiques ne dépendait pas

A/2224/2009 - 14/15 - uniquement de la bonne volonté du recourant, selon ce médecin, dès lors que les affections psychiques l'en empêchaient. Récemment, la Dresse S \_\_\_\_\_ a examiné le recourant. Selon celle-ci, il présente actuellement un épisode dépressif moyen et un trouble anxieux généralisé avec un seuil d'angoisse palpable. Elle a admis cependant que toutes ces manifestations cliniques étaient en relation avec la dépendance aux benzodiazépines. Une réévaluation diagnostique après sevrage, même partiel, de tranquillisants était indispensable, ceux-ci masquant le tableau et pouvant produire des effets paradoxaux en renforçant les troubles anxieux. La consommation de cannabis était également connue pour renforcer les troubles dépressifs et altérer les capacités cognitives. Cette praticienne ne s'est cependant pas prononcée sur la question de savoir si la toxicomanie était induite par une affection psychiatrique. De l'avis de la Cour de céans, les appréciations des Dr Q \_\_\_\_\_ du S \_\_\_\_\_ ne permettent pas de mettre en cause les conclusions de l'expert. Ils concèdent en effet que les substances toxiques interfèrent avec les symptômes psychiatriques constatés. Partant, il n'est en l'espèce pas possible d'émettre des diagnostics précis sur le plan psychiatrique. En outre, il n'apparaît pas non plus que la toxicomanie du recourant soit secondaire à des affections psychiques. En effet, comme l'expert l'a exposé, le recourant ne semble pas avoir été dysfonctionnel et anxieux depuis toujours. Il a par ailleurs déclaré à l'expert qu'il ne comprenait pas lui-même sa toxicomanie (p. 4 de l'expertise). A cela s'ajoute qu'en dépit de sa toxicomanie, le recourant a réussi à travailler et à financer sa consommation de drogues par ses propres

moyens, sans tomber dans la délinquance. Ses relations sentimentales stables contredisent également le diagnostic de trouble de la personnalité borderline évoqué par certains médecins. Quant à un éventuel trouble dépressif, il ne peut être établi que celui-ci était déjà présent avant que le recourant commence à consommer des drogues. Cela étant, au degré de la vraisemblance prépondérante, la Cour de céans retient que la toxicomanie est en l'espèce primaire et que les manifestations psychiatriques actuelles du recourant sont en majeure partie induites par des substances toxiques. Ainsi, il convient d'admettre que, sans la toxicomanie, le recourant serait capable de travailler. Cela étant, une invalidité à la charge de l'assurance-invalidité au sens de la loi et de la jurisprudence ne peut être reconnue.

**E. 9**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

**E. 10**

Le recourant plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, la Cour de céans renonce à percevoir un émolument de justice.

A/2224/2009 - 15/15 - 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.