

GE_GERICHTE A/2089/2008 vom 10. Dezember 2009

GE Cour de justice, 2009-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2089_2008

FR: GE_GERICHTE A/2089/2008 du 10 décembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/2089/2008 del 10 dicembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.12.2009
A/2089/2008

A/2089/2008 ATAS/1636/2009 du 10.12.2009 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2089/2008 ATAS/1636/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 10 décembre 2009 En la cause Madame S _____, domiciliée aux ACACIAS recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENÈVE intimé EN FAIT Le 15 décembre 2005, Madame S _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, a déposé une demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (OAI). De l'extrait du rassemblement de ses comptes individuels AVS, il ressort que le dernier emploi occupé par l'assurée l'a été dans le cadre des mesures cantonales de l'assurance-chômage. Cela remonte au début de l'année 2001. De son curriculum vitae, il ressort que l'assurée a travaillé durant dix ans pour une agence de travail temporaire. Elle a ainsi été chargée de plusieurs missions de plus d'une année. Ensuite de quoi elle a exercé durant trois ans la profession de magasinnière dans une société d'audiovisuel. Enfin, elle a travaillé comme serveuse extra. Son médecin traitant, le Dr A _____, a établi en date du 27 mars 2007 un rapport attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 17 novembre 2004. Le médecin a expliqué que sa patiente souffrait de polytoxicomanie depuis 1976 et de dépression nerveuse depuis 2004. Il a précisé que son état s'aggravait et a produit à l'appui de son rapport les documents suivants : un rapport des Drs B _____ et C _____, du Service des soins intensifs des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), daté du 12 janvier 2007, dont il ressort que l'assurée a subi un examen qui n'a pas en évidence de maladie coronarienne significative ; les diagnostics de polytoxicomanie active, hépatite C chronique et état anxio-dépressif ont été retenus mais non documentés ; un résumé d'intervention du Centre de thérapies brèves (CTB) daté du 4 octobre 2006 et signé des Drs D _____ et E _____, retenant à titre de diagnostic principal celui de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue et y ajoutant ceux de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, sans symptôme psychotique, troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation actuelle et troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacées, syndrome de dépendance sous régime de substitution. Le 4 juillet 2005, ont été versés au dossier de l'assurée un résumé de séjour établi le 31 août 1988 suite à son hospitalisation dans le Service de psychiatrie en entrée volontaire pour état dépressif et sevrage, et plusieurs résumés d'intervention, dont l'un, daté du 13 septembre 2006, indique qu'à son admission, la patiente présentait des éléments en faveur d'un état dépressif sévère, mais que l'évolution avait été progressivement favorable et que la symptomatologie s'est légèrement atténuée avec une régularisation du

sommeil et une diminution des angoisses. Ces documents ont été soumis au Dr F _____, anesthésiologiste et médecin de dossiers auprès du Service médical régional AI (SMR), qui, dans un avis daté du 10 août 2007, a relevé que l'assurée avait été hospitalisée à deux reprises en milieu psychiatrique en 1986 et 1988 et prise en charge en ambulatoire par le CTB en juillet et septembre 2006, que les hospitalisations avaient été de courte durée, que l'assurée avait commencé à consommer des substances psychotropes à l'âge de 17 ans et que lors des prises en charges ambulatoires, le diagnostic de trouble dépressif récurrent épisode sévère avait été retenu. Le Dr F _____ a émis l'opinion qu'un tel diagnostic ne pouvait être posé chez une personne souffrant, comme l'assurée, d'une polytoxicomanie active car les épisodes dépressifs pouvaient survenir dans un contexte de désintoxication ou de manque ou de consommation continue et étaient liés à cette prise de substance psychotrope. Selon lui, les informations à disposition ne parlaient pas en faveur d'une atteinte psychiatrique invalidante. Le médecin du SMR a encore souligné que la longue carrière de toxicomanie (30 ans) de l'assurée n'avait pas porté préjudice à la capacité de travail de cette dernière. En l'absence de tout indice que la consommation serait liée à une psychopathologie majeure, la toxicomanie devait être considérée comme primaire. Le 7 septembre 2007, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il considérait sa dépendance comme primaire et se proposait de rejeter sa demande de prestations. Par courrier du 1^{er} octobre 2007, l'assurée a contesté ce projet, alléguant qu'elle était certes toxicomane mais qu'elle souffrait également d'une profonde dépression qui l'avait conduite à des tentatives de suicide, d'une hépatite et d'un état de fatigue constant. Le 14 mai 2008, l'OAI a rendu une décision au terme de laquelle il a nié le droit de l'assurée à des prestations. Il a rappelé la jurisprudence applicable en cas de dépendance à des substances toxiques et les conditions permettant de reconnaître une atteinte à la santé invalidante et argumenté qu'"au vu des renseignements recueillis, il considérait que tel n'était pas le cas de l'assurée". Par écriture du 10 juin 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Elle allègue que son incapacité de travail est due à sa dépression et reproche à l'intimé de ne l'avoir pas fait examiner par un médecin. Elle explique être toxicomane depuis 30 ans mais être abstinente à l'alcool depuis le mois d'octobre 2007. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 9 juillet 2008, a conclu au rejet du recours. Il s'est référé à l'avis de son service médical, lequel avait "considéré que les conditions jurisprudentielles n'étaient pas réalisées dans le cas d'espèce et que la toxicomanie était primaire". Par courrier du 12 novembre 2008, la recourante a maintenu que son incapacité de gain n'était pas due essentiellement ou seulement sa toxicomanie mais à son état dépressif. Elle explique souffrir d'une peur constante des contacts humains, de crises de panique, d'une « phobie de la boîte aux lettres et du courrier » et ne pouvoir vivre normalement. Elle fait remarquer que ni le fait d'être polytoxicomane depuis l'adolescence ni les autres problèmes qu'elle a pu rencontrer ne l'ont empêchée de travailler jusqu'alors. Le 21 novembre 2008, la recourante a fait parvenir au Tribunal de céans un certificat médical établi par le Dr G _____, chef de clinique auprès des HUG, attestant qu'elle était hospitalisée depuis le 14 novembre 2008 pour une durée indéterminée. Un second certificat médical établi le 19 janvier 2009 a informé le Tribunal de céans que la recourante était restée hospitalisée jusqu'au 8 décembre 2008. Par courrier du 16 janvier 2009, la recourante a ajouté qu'elle continuait la thérapie initiée aux HUG à l'hôpital de jour des Acacias. Elle a fait parvenir au Tribunal de céans le résumé de séjour établi le 14 janvier 2009 par les médecins des HUG. Ceux-ci y retiennent à titre principal le diagnostic de troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation de

l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25). Ils y ajoutent les diagnostics suivants : troubles mentaux et du comportement sur utilisation de cocaïne, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F14.26), troubles mentaux et du comportement sur dérivé du cannabis, syndrome de dépendance, utilisation épisodique (F12.26), troubles psychiques sur opiacées, syndrome de dépendance (F11.22), troubles mentaux et comportementaux sur dépendance au tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F17.25), troubles mentaux et comportementaux sur dépendance à des sédatifs ou hypnotiques, syndrome de dépendance, utilisation continue (F13.2), trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), troubles de la personnalité de type borderline (F60.31), angor stable et intolérance au glucose probable. Les médecins expliquent qu'il s'agit de la troisième hospitalisation en milieu psychiatrique en admission ordinaire sur certificat du Dr H _____, des urgences, pour sevrage d'alcool et prise en charge d'un épisode dépressif sévère. Il ressort de l'anamnèse que la dernière hospitalisation en psychiatrie adulte remonte à 1988, que la patiente consomme 5 bières, 6 à 7 verres de whisky, un litre de vin et un paquet et demi de tabac par jour depuis 30 ans, qu'elle abuse des benzodiazépines (jusqu'à 16 mg de Xanax par jour), qu'elle a très sporadiquement consommé de la cocaïne, qu'elle fume un joint par jour et qu'elle est sous méthadone depuis quinze ans. Il est également mentionné que la patiente a fait plusieurs tentatives de suicide (une médicamenteuse 18 mois plus tôt et une par veino-section huit mois plus tôt). L'évolution de la patiente, admise pour un sevrage d'alcool, a été décrite comme très favorable, étant précisé qu'elle continue néanmoins à souffrir d'une anxiété généralisée qui semble être secondaire à l'épisode dépressif sévère. L'inefficacité du traitement antidépresseur prescrit par son médecin généraliste ayant été constatée, le dosage en a été modifié. Les médecins ajoutent qu'ils ont relevé plusieurs comportements démontrant une intolérance à la frustration et une labilité émotionnelle importante qui leur ont fait suspecter un trouble de personnalité borderline dont ils ont précisé qu'il devrait être confirmé une fois la thymie complètement améliorée, car il était pour l'heure masqué par l'épisode dépressif majeur. L'anxiété a diminué sous doses anxiolytiques de Risperdal et la patiente a pu au fur et à mesure réduire ses conduites d'évitement, en particulier celles liées à la peur de se rendre en ville, qui l'angoissaient beaucoup. A sa sortie, son traitement était le suivant : méthadone (150 mg par jour), Rivotril, Efexor, Xanax, Risperdal, Benerva et Becozyme forte. Dans une brève attestation datée du 12 février 2009, la Dresse I _____, cheffe de clinique aux HUG, a indiqué que la recourante fréquentait l'hôpital de jour d'alcoologie depuis le 12 janvier 2009 dans le but de consolider son abstinence. Elle a précisé que le travail thérapeutique était ciblé sur la prévention de la rechute, l'affirmation de soi, la gestion des émotions et la mise en pratique des habilités et compétences sociales. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 19 février 2009 à l'issue de laquelle il a été décidé d'ouvrir des enquêtes. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 30 avril 2009 au cours de laquelle ont été entendus les Drs I _____ et A _____. La Dresse I _____ a expliqué suivre la recourante depuis janvier 2009, à l'hôpital de jour. Elle a précisé que l'assurée était toujours abstinente et qu'il n'y avait eu qu'un seul « dérapage », de sorte que le sevrage avait bien réussi. Le témoin a par ailleurs précisé que l'assurée est abstinente à l'héroïne depuis une vingtaine d'années (elle est sous méthadone), et que sa consommation de cannabis est très sporadique. Le médecin a émis l'avis que les dépendances sont sans doute partiellement la conséquence du trouble de la personnalité. Il a été précisé que l'abstinence de la patiente est contrôlée par des contrôles réguliers (alcootests, examens d'urine et examens du sang). Il

m'est difficile de vous indiquer à quand remonte exactement la survenance de l'état dépressif de la patiente. La seule chose que je puis vous dire, c'est qu'il s'agit d'un état dépressif récurrent, qui remonte donc à plusieurs années en tout cas." Le médecin a indiqué que l'état dépressif de l'assurée devait désormais être qualifié de gravité moyenne, ce grâce aux antidépresseurs, mais les symptômes dépressifs sont toujours bien présents. Le témoin a émis l'avis que désormais, et malgré l'abstinence, les troubles psychiques de la patiente (son état dépressif, mais également le trouble de la personnalité borderline et l'état anxieux) exercent manifestement une influence sur sa capacité de travail, qu'elle a évaluée à 0%, expliquant que la patiente rencontre des difficultés à suivre les activités thérapeutiques, à gérer le stress, à gérer les conflits, qu'elle souffre au surplus d'une fatigabilité importante et qu'en conséquence, malgré ses efforts évidents, elle ne peut encore exercer la moindre activité lucrative. Le Dr A_____ a expliqué qu'il exerce dans un centre de soins pour personnes dépendantes et qu'il est donc spécialiste en matière d'addictologie. C'est dans ce cadre qu'il suit la recourante depuis environ dix-neuf ans. Le témoin a confirmé que l'état dépressif récurrent de sa patiente, grave à l'origine, pouvait désormais être qualifié de gravité moyenne. Selon lui, l'incapacité de travail de sa patiente remonte à très longtemps, sans doute à 2004 au moins, et elle est toujours totale à l'heure actuelle. Dans ses écritures après enquêtes du 19 mai 2009, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il se réfère à l'avis rendu par le Dr J_____, du SMR, auquel les procès-verbaux des audiences ont été soumis. Ce médecin conclut à une toxicomanie primaire. Il admet qu'un trouble de la personnalité peut favoriser une dépendance mais fait remarquer que ce trouble n'a pas empêché l'assurée de travailler auparavant, de sorte qu'il ne peut être qualifié d'atteinte invalidante ayant entraîné la toxicomanie. Il relève par ailleurs que lors des premières hospitalisations, aucun trouble psychiatrique n'a été mentionné, ce dont il tire la conclusion que la toxicomanie n'est pas secondaire à un autre trouble psychiatrique. Quant aux déclarations du Dr A_____, le Dr J_____ fait remarquer que si l'incapacité de travail remonte à 2004, cela n'explique pas que l'assurée ne travaille plus depuis huit ans. Il ajoute que la Dresse I_____ ne connaissait pas l'assurée en mai 2008, date de la décision litigieuse. Selon le Dr J_____, le rapport des HUG établi en septembre 2006 mentionne certes le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode sévère, mais le statut décrit correspond en réalité à un trouble léger; il en tire la conclusion que les médecins se sont contentés de reprendre les diagnostics précédents, lesquels ne correspondaient pas à la situation réelle. Il estime que la plupart du temps, le trouble dépressif n'était certainement pas sévère, hormis au moment de l'hospitalisation en juillet 2006. Quant à la recourante, dans ses écritures après enquêtes du 3 juillet 2009, elle a précisé quand le dernier emploi qu'elle a occupé à mi-temps en tant que sommelière durant six mois a pris fin en raison du fait qu'elle s'endormait sur son lieu de travail et rencontrait d'importantes difficultés à tenir la caisse. Elle souligne que ce dernier emploi remonte à douze ans et que le poste précédent a pris fin pour des raisons similaires après deux ans. Elle fait valoir que si ni l'assurance-chômage ni le Service du revenu minimum d'aide sociale (RMCAS) n'ont réussi à lui trouver un poste, elle n'y parviendra pas seule. Elle ajoute que ses deux dernières hospitalisations avaient pour cause une tentative de suicide et s'étonne dès lors que l'AI n'en fasse pas mention. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et lui ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité. 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 l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 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 LPG), 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. A 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 125 V 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs

conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATF A non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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. Parmi ces atteintes à la santé psychique, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas déterminant 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 = RCC 1977 p. 169; RCC 1984 p. 356 consid. 1b). A teneur de la jurisprudence constante, les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie ne constituent pas en elles-mêmes des invalidités au sens de la loi. Une telle dépendance 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 ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie (VSI 2002 p. 32 consid. 2a; VSI 2001 consid. 2b p. 225; VSI 1996 consid. 1a p. 321 et réf. citées; VSI 1996, consid. 1a p. 325; VSI 1996 consid. 2a p. 319). En d'autres termes, les toxicomanies (syndromes de dépendance comme l'alcoolisme; RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236), l'abus de médicaments (RCC 1964 p. 115), la dépendance aux stupéfiants (RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30), le tabagisme ou l'obésité (RCC 1984 p. 359) ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité ou si elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (CII N° 1013). En l'espèce, l'intimé a nié tout droit aux prestations à la recourante sur la base des avis des Drs F _____ et J _____, du SMR, qui ont tous deux qualifié la toxicomanie de la recourante de primaire. Le Tribunal de céans considère cependant que l'avis du Dr F _____ est clairement insuffisamment motivé. Qui plus est, ce médecin n'est pas spécialisé en la matière. Quant à l'avis du Dr J _____, il fait fi de l'anxiété dont les médecins des

HUG ont pourtant indiqué que, malgré l'amélioration de l'état psychique de la patiente, elle était toujours présente. Il ne se prononce pas non plus sur la capacité de travail par le passé. En effet, l'amélioration de l'état de l'assurée est relativement récente. On relèvera d'ailleurs qu'en dépit de la dite amélioration, tant la Dresse I _____ que le Dr A _____ concluent toujours à une totale incapacité de travail, non en raison de la dépendance mais des troubles psychiques. Dans ces circonstances, force est de constater que si, effectivement, la toxicomanie ne semble pas être la conséquence d'une atteinte à la santé invalidante, elle en est à tout le moins la cause. L'état dépressif de la recourante paraît en effet avoir atteint - en tout cas par le passé - un degré de gravité suffisant pour entraîner à lui seul une totale incapacité de travail. Il conviendrait cependant d'investiguer en profondeur l'état psychique de la recourante et les répercussions sur sa capacité de travail mais également de procéder à des investigations afin de déterminer à partir de quand et pour quelles périodes son état psychique a entravé à lui seul sa capacité de travail par le passé et vérifier si l'octroi d'une rente à titre rétroactif ne se justifie pas. En l'état, le dossier n'apparaît pas suffisamment instruit pour permettre au Tribunal de céans de se déterminer en toute connaissance de cause sur ces points. En conséquence, le recours sera admis partiellement et la cause renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier, notamment, de mettre sur pied une expertise qui sera confiée à un médecin ou un organisme spécialisé en psychiatrie et en matière de toxicodépendance, puis de rendre une nouvelle décision. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement au sens des considérants. Annule la décision du 14 mai 2008. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de rendre une nouvelle décision après instruction complémentaire. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Yaël BENZ La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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