

## **GE\_GERICHTE A/4170/2010 vom 3. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4170\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4170_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/4170/2010 du 3 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/4170/2010 del 3 novembre 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 8**

ème Chambre En la cause Monsieur D \_\_\_\_\_, domicilié à Collex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN Monique recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Monsieur D \_\_\_\_\_ (ci-après : le recourant), né en 1971, a été victime d'un accident de moto le 2 mai 1992. La clinique d'orthopédie de l'Hôpital Cantonal Universitaire de Genève (ci-après : HUG) a posé le diagnostic suivant : fracture transverse 1/3 moyen du fémur gauche fracture de la cotyle gauche traumatisme intracrânien Il est relevé des épisodes d'agitation mise sur le compte de sevrage (" polytoxicomanie depuis plusieurs années "). Il résulte d'un rapport de la Clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des HUG du 1<sup>er</sup> juillet 1992 que le recourant serait resté aux soins intensifs jusqu'au 10 mai 1992 avec une bonne évolution de l'œdème cérébral. Il a présenté par la suite des épisodes d'agitation mis sur le compte de sevrage aux benzodiazépines motivant une consultation psychiatrique ayant conclu à la présence de traits de personnalité limite ( borderline ). Au moment de l'accident, le recourant était sur le point de terminer un apprentissage de maçon auprès de l'entreprise X \_\_\_\_\_ & Fils. Il a obtenu son CFC de maçon par dérogation mais n'a jamais exercé sa profession. Le 19 novembre 1992, le recourant a déposé une demande de prestations AI pour adulte. Le 18 mai 1993, le Dr L \_\_\_\_\_, médecin-assistant des Institutions Universitaires de Psychiatrie de Genève, fait état de consommation d'héroïne par inhalation depuis environ deux ans et du passage très récent à la forme injectable. Le médecin pose le diagnostic suivant : " Axe I : abus d'héroïne, abus de cannabis. Axe II : trouble de personnalité borderline " Le médecin estime qu'un suivi psychothérapeutique est hautement souhaitable à moyen ou long terme. Le 7 décembre 1993, la Commission AI a pris une décision octroyant un stage d'observation professionnelle de trois mois dans le cadre des ateliers du CRPH. Le 24 février 1994, le Centre d'intégration professionnelle a estimé que le recourant peut travailler pour autant que les problèmes liés à la prise de drogues soient sérieusement pris en charge. Il a mis sur pied une prise en charge par le biais de la fondation Phénix. Le 28 juin 1994, le Centre d'intégration professionnelle a rendu un rapport dans lequel il constate que le recourant possède des facultés d'apprentissage et d'adaptation suffisantes mais relève une incapacité à s'adapter aux contraintes et des " moments d'absence " dont l'origine est inconnue. Le Centre d'intégration professionnelle a également remarqué que, lorsque l'on se fâchait, le recourant était plus attentif à son travail. Le Centre d'intégration professionnelle n'arrive pas à faire la part entre l'aspect éducatif (immaturité) et l'aspect médical des problèmes rencontrés. Il recommandait de procéder à une expertise médicale et psychologique afin de pouvoir déterminer plus précisément les réelles capacités de travail du recourant. Il résulte d'un rapport établi par le Dr M \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA à Genève, le 15 août 1994, que la liquidation du cas pouvait

être envisagée s'agissant des séquelles au niveau de l'appareil locomoteur. Les troubles neuropsychologiques devaient cependant encore faire l'objet d'une appréciation séparée tant à cause des séquelles réellement post-traumatiques que des facteurs étrangers à l'accident non négligeables. Le 19 septembre 1995, le Dr N\_\_\_\_\_ de la fondation Phénix adressait une copie de son rapport médical à l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'intimé). Le Dr N\_\_\_\_\_ constate qu'une consommation modérée de psychotropes illégaux a débuté à l'âge de 18 ans sans problème de dépendance jusqu'en 1993. A cette époque, la consommation est devenue quotidienne, tout d'abord par inhalation puis par injection durant une période de deux ans avant le début du traitement auprès de la fondation Phénix. Une cure de méthadone a été commencée le 9 février 1994. Le Dr N\_\_\_\_\_ fait remonter la dépendance aux opiacées au premier trimestre 1993. Il estimait que le recourant avait besoin d'un traitement médical sous forme d'une prise en charge médico-psycho-sociale avec entretiens psychothérapeutiques et pharmacothérapie de substitution par la méthadone depuis le 9 février 1994 et probablement jusqu'en 1997. Le Dr N\_\_\_\_\_ estimait que l'état de santé du recourant autorisait une recommandation favorable pour qu'il puisse à nouveau disposer d'un permis de conduire provisoire. En date du 17 novembre 1995, le Dr M\_\_\_\_\_ a conclu que, sur le plan de l'appareil locomoteur, les séquelles post-traumatiques justifient que le recourant ne puisse plus exercer sa profession de maçon à plein temps. Il devrait éviter des marches prolongées, surtout avec montée et descente, les accroupissements et agenouillements, de fréquentes montées d'échelle ainsi que le port de charges. Dans la mesure où ces sollicitations sont évitées, le patient peut travailler à temps complet et avec un rendement total. Le Dr M\_\_\_\_\_ réserve les conclusions quant aux autres examens. Il recommande hautement qu'une réadaptation professionnelle soit rapidement mise en marche. Un rapport établi sous la responsabilité du Dr O\_\_\_\_\_ pour le département des neurosciences cliniques, unité de psychologie, le 19 février 1996, conclut en ce qui concerne une reprise du travail, que les seules difficultés sur le plan neuropsychologique concernent la mémoire de fixation d'un matériel verbal et un discret manque de mobilité intellectuelle accentué dans les situations de stress où la rapidité joue un rôle important. La réinsertion professionnelle devrait être progressive avec un encadrement important les premiers temps. Le 9 juin 1997, l'intimé a notifié au recourant une décision de prise en charge d'un stage d'observation professionnelle en internat dispensé par le centre ORIPH à Morges. Le stage d'observation professionnelle a été prolongé par décisions de l'intimé du 10 décembre 1997 et du 6 février 1998. Par décision du 18 septembre 1998, l'intimé a décidé de la prise en charge d'un reclassement professionnel en qualité de termineur de boîtes de montre. Le recourant ayant accompli avec succès un apprentissage de termineur de boîtes de montre et ayant été engagé à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2001 auprès de Y\_\_\_\_\_ SA avec un salaire suffisamment élevé pour exclure le droit à une rente, l'intimé a constaté que la réadaptation professionnelle était achevée. Le recourant a depuis lors travaillé chez Y\_\_\_\_\_ SA. Le 13 octobre 2008, le recourant a été victime d'un nouvel accident de la circulation en moto sans implication d'un autre véhicule. Selon un rapport établi par le Dr P\_\_\_\_\_ le 31 janvier 2009, le recourant a subi une contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et une fracture de la tête radiale gauche avec déplacement important. Au 9 janvier 2009, il considérait que l'évolution était relativement favorable. La question de savoir si les circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution du cas, le Dr P\_\_\_\_\_ estimait que tel n'était pas le cas. Il envisageait un arrêt de travail à 100% dès le 26 novembre 2009 (recte 2008) et une reprise du travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> mars 2009. Il estimait qu'il convenait

éventuellement que la CNA s'adresse à l'employeur pour qu'il procure un travail approprié. Il y avait lieu de craindre une limitation permanente de l'extension du coude. Le 18 mai 2009, l'intimé informait le recourant qu'il avait reçu une communication de la SUVA. Sur la base de ses investigations, il est arrivé à la conclusion qu'une demande de rente auprès de l'intimé était nécessaire. Le 24 mai 2009, le recourant a été admis au département de psychiatrie des HUG. Il en est sorti le 8 juin 2009. Le 18 juin 2009, les Drs Q \_\_\_\_\_ médecin interne, et R \_\_\_\_\_, médecin chef de clinique au département de psychiatrie, ont rédigé un résumé de séjour. Ils constatent qu'il s'agit de la deuxième hospitalisation. Le recourant a dû être hospitalisé d'urgence. La veille de son admission, il a renversé sa méthadone; est devenu anxieux et a consommé 1/4% d'alcool fort. Il présente une agitation psychomotrice en raison d'une thymie triste avec idéation suicidaire sans projet et une utilisation erratique de son traitement. Le patient a été hospitalisé en admission ordinaire. En date du 4 juin 2009, le recourant a adressé à l'intimé une demande de prestations AI. Il résulte d'un rapport médical adressé à l'intimé par le Dr R \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> juillet 2009 que les causes de l'incapacité de travail dont était affecté le recourant étaient la dépendance chronique aux opiacés depuis 2002, l'abus de cocaïne depuis 2004 et un état dépressif réactionnel depuis 2004. Il constatait que le recourant avait déjà été traité par la fondation Phénix avec succès de février 1994 à décembre 1995. L'évolution avait été marquée par une poursuite des consommations avec des complications telles que abcès cutanés nécessitant notamment une hospitalisation du 22 octobre 2007 au 5 novembre 2007 et plusieurs accidents traités à l'hôpital cantonal. Le recourant avait perdu son emploi en raison de troubles du comportement, des difficultés de couple et un état dépressif réactionnel. Au plan des indications subjectives, le Dr R \_\_\_\_\_ notait des douleurs diverses liées aux traumatismes, un déni des consommations et des difficultés, le report sur l'extérieur de la responsabilité de ses difficultés, une mauvaise compliance, une résistance au changement. Le pronostic est bon si le recourant arrête la consommation mais très mauvais s'il poursuit celle-ci. Le recourant suit un traitement à la méthadone, au Seresta, au Risperdal et au Seroquel. A la question de savoir si d'un point de vue médical, l'activité exercée est encore exigible, le Dr R \_\_\_\_\_ ne se prononce pas mais recommande une évaluation psychiatrique une fois abstinent. Il attribue la diminution de rendement à la consommation de substances toxiques. Il recommande le suivi d'une cure d'abstinence. Une reprise de l'activité professionnelle dépend de l'évolution du patient. Le 4 juillet 2009, le Dr P \_\_\_\_\_ adressait un rapport médical CII à l'intimé. Il confirmait son diagnostic de contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et fracture non déplacée de la tête radiale gauche ainsi que contusion du plateau tibial du genou droit existant depuis le 10 juin 2008. Il indiquait que le patient a subi de nombreux traumatismes ayant entraîné les affections mentionnées ci-dessus. Il notait un état dépressif pour lequel le recourant était suivi régulièrement par le Dr S \_\_\_\_\_ et qui, à son sens, hypothéquait actuellement toute reprise d'activité professionnelle. Il indiquait que l'incapacité de travail était totale depuis le 26 novembre 2008. Il soulignait que le problème essentiel est l'état dépressif du patient. Il estimait que l'activité exercée n'était pas encore exigible. Une réadaptation professionnelle était possible selon lui en observant les restrictions énoncées concernant la manutention de charges lourdes ou de gestes répétitifs. L'état dépressif devait être stabilisé. En date du 10 août 2010, le Dr T \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) à Vevey, a établi un avis médical aux termes duquel il rappelle en préambule l'accident de moto survenu le 2 mai 1992 occasionnant une fracture transverse 1/3 moyen du fémur gauche, une fracture transverse du cotyle gauche, une

fracture de branche ischiopubienne gauche, un TCC. Le recourant a bénéficié d'une reconversion professionnelle de 1998 à 2001. Il observe que, suite à cet accident et les séquelles douloureuses, le recourant a "sombé" dans la consommation d'alcool et stupéfiants injectés. Il était question également d'un trouble de personnalité labile de type borderline qui n'avait finalement pas empêché la reconversion professionnelle et le travail en plein pendant des années. Sur la base des documents médicaux du dossier CNA, le Dr T\_\_\_\_\_ constate que le nouvel accident de moto a occasionné une contusion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et une fracture de la tête radiale gauche non déplacée. A cela s'ajoute un antécédent de contusion du genou droit le 10 juin 2008 sans descriptif de limitation fonctionnelle. L'IRM de l'épaule gauche du 17 décembre 2008 révèle l'absence de lésion traumatique, tout au plus une discrète inflammation superficielle du tendon du muscle sus-épineux. Selon le psychiatre, il présente une dépendance chronique aux opiacés dès 2002, abus de cocaïne dès 2004 et un état dépressif réactionnel dès 2004, soit cliniquement rien de plus que lors de la première instruction qui avait abouti à la reconversion et à la reprise d'activité de travail. Il constate qu'il n'y a pas d'incapacité de travail attestée par le spécialiste. Le séjour hospitalier à la clinique psychiatrique de Belle-Idée entre le 24 mai et le 8 juin 2008 a permis un sevrage d'alcool sans complication. Le Dr T\_\_\_\_\_ poursuit en observant que le dernier médecin qui suit le recourant dès septembre 2009 retient un trouble dépressif récurrent. Il n'apporte aucun élément médical nouveau à la faveur d'une incapacité totale qu'il retient effective dès novembre 2009. Le Dr T\_\_\_\_\_ fait état d'un téléphone à la CNA à M. E\_\_\_\_\_ qui se réfère au certificat du Dr P\_\_\_\_\_ qui préconisait une reprise en plein de l'activité habituelle dès le 31 octobre 2009 sans limitation fonctionnelle. Il conclut que l'incapacité totale débutant le 26 novembre 2008 se termine le 31 octobre 2009 avec reprise de l'activité habituelle possible dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009 en plein. Sans limitation fonctionnelle justifiée, l'activité habituelle est adaptée. Sur le plan psychiatrique, l'avis du spécialiste psychiatre prime qui retient une toxicomanie primaire, un état dépressif réactionnel et une capacité de travail entière que l'argumentation du médecin traitant actuel ne permet pas de modifier. Le 23 février 2010, le Dr T\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, a complété un rapport médical destiné à l'AI. Il indique pour cause de l'incapacité de travail une dépression, la dépendance à l'héroïne, des troubles de mémoire. Un traitement ambulatoire est en cours depuis le 21 septembre 2009. Le patient suit un traitement de sevrage d'héroïne, un traitement à la méthadone, une thérapie cognitive et comportementale. Il souffre d'un état dépressif sévère et chronique. Le recourant souffre d'épisodes de perte d'équilibre, de nausées, de céphalées et de douleurs multiples. Le pronostic est réservé. Il considère que, d'un point de vue médical, l'activité exercée n'est pas exigible. Il considère qu'on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Le 25 novembre 2009, l'intimé a communiqué à D\_\_\_\_\_ que, compte tenu des éléments en sa possession, des mesures de réadaptation professionnelle ne sont actuellement pas indiquées. Il a indiqué que l'instruction du dossier se poursuivait afin de déterminer s'il remplissait les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité. Le 7 janvier 2009 (recte 2010), le Dr T\_\_\_\_\_ constate dans un rapport sur mandat au service médical régional que le rapport de l'orthopédiste indique la possibilité de reprise de l'activité sur le plan somatique mais que cette reprise d'activité est rendue impossible en raison de la dépression (Dr P\_\_\_\_\_ 04.07.09). Il relève un suivi psychologique chez le Dr S\_\_\_\_\_. Il recommande d'adresser à ce dernier une demande de rapport médical initial en ajoutant les questions suivantes : " La dépendance aux substances psycho-actives est-elle

primaire ou secondaire ? Quel type de dépression présente votre patient ? Quelle en est son intensité ? Quel en est son traitement ? Un monitoring thérapeutique est-il en cours ? (Prière d'en adresser copie); si ce n'est pas le cas, comment est vérifiée l'efficacité du traitement et l'observance thérapeutique de votre patient ? Un trouble de personnalité constitué est-il présent ? Est-il décomposé ? Sous quelle forme ? Prière de préciser tous les éléments objectivés du status clinique. " En date du 22 janvier 2010, le Dr S\_\_\_\_\_ a répondu qu'il n'était pas médecin mais psychologue. Il n'a pas vu le recourant depuis fin septembre 2009. Il serait suivi par le Dr T\_\_\_\_\_. En date du 3 septembre 2010, l'intimé a notifié un projet de décision au recourant. Le résultat des constatations est le suivant : " Selon les éléments médicaux en notre possession ainsi que l'étude de ces pièces par notre service médical régional (SMR), nous constatons que vous étiez en incapacité de travail du 26 septembre 2008 au 31 octobre 2009. Les conditions de l'article 28 LAI ne sont pas remplies. Dans votre cas, des mesures d'ordre professionnel ne sont pas de nature à sauvegarder ou améliorer votre capacité de gain (article 17 LAI). En effet, nous considérons que votre capacité de travail est entière dans votre activité habituelle depuis le 1 er novembre 2009. Pour ce qui concerne l'arrêt de travail depuis le 1 er novembre 2009, le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'est pas établi. Votre capacité de travail est entière dans toute activité entrant en ligne de compte depuis cette même date. " Le 29 septembre 2010, Me Monique Stoller Füllemann s'est constituée pour la défense des intérêts du recourant. Le 4 octobre 2010, Me Stoller Füllemann a notifié les objections formulées par son mandant au projet de décision du 3 septembre 2010. Elle souligne que le Dr T\_\_\_\_\_, dans son rapport du 23 février 2010, retient comme diagnostic avec effet sur la capacité de travail : F3.30, F11.2, F11.1, dépression, dépendance héroïne, troubles de la mémoire. La capacité de travail est nulle. Elle conclut à une expertise de l'état psychiatrique du recourant. Elle souligne que le recourant souffre de nombreuses atteintes physiques. Elle se réfère au rapport du Dr T\_\_\_\_\_ du 23 février 2010 qui mentionne de très nombreuses limitations fonctionnelles existant depuis 1992. Enfin, elle porte à la connaissance de l'intimé que la Caisse de chômage a estimé que le recourant était inapte au placement et a joint une copie de la décision de l'Office cantonal de l'emploi du 4 août 2010. Le 26 octobre 2010, le Dr T\_\_\_\_\_ observe que le Dr T\_\_\_\_\_ a certes retenu une polytoxicomanie mais aussi une dépression sévère et une incapacité totale de travail dès le 1 er novembre 2009. Il prend ainsi le contre-pied du spécialiste en addiction sans document à l'appui. Il n'apporte aucun élément objectif de la persistance d'une atteinte à la santé psychique malgré un traitement suffisant. La demande présentée par Me Stoller Füllemann d'une expertise pluridisciplinaire somatique et psychiatrique ne repose sur aucune documentation médicale objective nouvelle. Le SMR n'entend par conséquent pas modifier ses conclusions, à savoir une capacité de travail dans l'activité habituelle à 100% dès le 1 er novembre 2009 et une capacité de travail dans une activité adaptée à 100% dès le 1 er novembre 2009, aucune limitation fonctionnelle. En date du 2 novembre 2010, l'intimé a notifié au recourant une décision de refus de prestations de l'assurance-invalidité. Au titre du résultat de ses constatations, il retient : " Selon les éléments médicaux en notre possession ainsi que l'étude de ces pièces par notre service médical régional (SMR), nous constatons que vous étiez en incapacité de travail du 26 novembre 2008 au 31 octobre 2009. Les conditions de l'article 28 LAI ne sont pas remplies. Dans votre cas, des mesures d'ordre professionnel ne sont pas de nature à sauvegarder ou améliorer votre capacité de gain (article 17 LAI). En effet, nous considérons que votre capacité de travail est entière dans votre activité habituelle depuis le 1 er novembre 2009. Pour ce qui concerne l'arrêt de

travail depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009, le lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain n'est pas établi. Votre capacité de travail est entière dans toute activité entrant en ligne de compte depuis cette même date. Dans le cadre de l'audition, le courrier de Maître Stoller Füllemann a fait l'objet d'une appréciation de notre service médical régional (SMR). Nous concluons que les objections ne nous permettent pas de modifier nos conclusions concernant l'exigibilité de travail dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009. " Par pli recommandé du 6 décembre 2010 reçu par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 7 décembre 2010, le recourant a interjeté recours contre la décision de l'intimé du 2 novembre 2010. A titre principal, le recourant conclut à l'annulation de la décision de l'intimé et à ce que le Tribunal ordonne une expertise pluridisciplinaire, puis à l'allocation d'une rente d'invalidité et à l'allocation d'une indemnité de procédure. Subsidiairement, il conclut à un renvoi de la procédure à l'intimé. A l'appui de ses conclusions, il fait valoir le fait que l'instruction du dossier est incomplète en ce sens que le dossier ne contient pas d'évaluation psychiatrique alors même que le SMR jugeait un tel rapport nécessaire et que le rapport SMR fait référence à un psychiatre sans l'identifier. En outre, la décision querellée ne tient pas compte de nombreuses atteintes physiques invalidantes au genou, au dos, aux mains et au bassin. Dans sa réponse au recours du 11 janvier 2011, l'intimé propose le rejet du recours et le maintien de sa décision en se référant à l'avis médical du Dr T\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2010 joint à sa détermination. Cet avis se réfère aux rapports du Dr P\_\_\_\_\_ du 4 juillet 2009 concluant à une réadaptation professionnelle possible sous certaines restrictions et du 5 novembre 2009 concluant à une reprise d'activité le 31 octobre 2009. Le Dr T\_\_\_\_\_ constate que la décision de reprise d'activité de la CNA est entrée en force sans contestation. Pour ce qui est de l'évaluation psychiatrique, le Dr T\_\_\_\_\_ fait référence aux rapports du Dr L\_\_\_\_\_ du 18 mai 1993 et du Dr U\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2005 qui concluent à un trouble de la personnalité borderline, sans signe de décompensation, respectivement à une toxicomanie avec amélioration et stabilisation lors du sevrage et traitement correctement mené. Il souligne que l'ensemble de ces pathologies psychiatriques n'aura en rien entravé la reconversion du recourant et l'obtention d'un nouveau CFC de termineur sur boîtes en 2001. Les rapports du Dr R\_\_\_\_\_ de juillet 2009 et du Dr T\_\_\_\_\_ de février 2010 n'apportent aucun élément médical nouveau à diagnostics équivalents. L'intimé considère donc que le dossier contient suffisamment d'indications médicales fiables qui ne sont pas révoquées en doute par le recourant. Entendu en comparution personnelle le 31 mars 2011, le recourant a exposé qu'il souffre de douleurs suites à des déchirures ligamentaires à la jambe droite ainsi qu'au genou et à l'épaule droite suite à une fissure au bourrelet en suite d'un deuxième accident. Ces atteintes physiques n'auraient pas été investiguées. Il évoque également des problèmes de sommeil et de dépression. Concernant un possible reclassement, il espérait pouvoir retrouver son activité antérieure dans l'horlogerie sans pouvoir en dire plus. Il n'a pas contesté la décision de la SUVA constatant son aptitude à travailler à 100% le 31 octobre 2009. Il ne voyait pas ce qu'il pouvait faire d'autre que de s'inscrire au chômage. Or, l'assurance-chômage a considéré qu'il était inapte à être placé. Depuis qu'il est suivi par le Dr T\_\_\_\_\_, il est parvenu à réduire la prise médicamenteuse. Il suit un traitement à la méthadone et contre la dépression et le manque de sommeil. Actuellement, il ne recherche pas de travail. Il a été opéré au bras droit le 17 novembre 2010. Un traitement de physiothérapie est en cours qui durera sans doute une année. Il a exposé être séparé de sa compagne. Il vit auprès de ses parents. Lors de cette audience, Me Stoller Füllemann a versé au dossier un compte-rendu opératoire concernant une intervention du 17 novembre

2010. Il en résulte que le recourant s'est injecté du Dormicum au niveau de l'artère radiale gauche le 12 novembre 2010 et a consulté l'unité de chirurgie de la main des HUG le 15 novembre 2010. Après l'examen du patient, une intervention a été pratiquée le 17 novembre 2010. Au titre des complications, le rapport établi le 18 novembre 2010 fait état de lésion iatrogène de l'artère ulnaire gauche au tiers distal de l'avant-bras. On ignore la date de l'accident ayant nécessité cette intervention. Mme F \_\_\_\_\_, pour l'intimé, a déclaré que le médecin du SMR, lorsqu'il fait référence à un rapport psychiatrique, vise le rapport du Dr R \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2009 qui fait état de dépendance chronique aux opiacés et à un état dépressif réactionnel. Il vise également le résumé établi par le département de psychiatrie des HUG du 18 juin 2009. Elle a déclaré que l'intimé persistait dans sa décision et qu'il ne lui paraissait pas indispensable de répondre aux questions adressées par le Dr T \_\_\_\_\_ le 7 janvier 2009 au Dr S \_\_\_\_\_. Le 11 avril 2011, l'intimé a informé la Cour du fait que le Dr T \_\_\_\_\_ est un médecin généraliste et qu'il possède également une formation en psychiatrie. Le Dr V \_\_\_\_\_ est un spécialiste FMH en anesthésiologie. Entendu le 12 mai 2011, le Dr T \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a exposé qu'outre la formation de médecine interne, il a effectué une formation auprès du Dr W \_\_\_\_\_ à Lyon en psychiatrie cognitivo-comportementale, laquelle représente environ 80% de son activité. Il a également une formation en médecine psycho-sociale. Il a confirmé son rapport du 23 février 2010 et a précisé que le recourant a subi une blessure au poignet qui handicape et diminue sa possibilité de réinsertion. Il a confirmé que le recourant témoigne de bonne volonté. Il pense qu'il peut être réinséré en trouvant un emploi à sa mesure. La reprise du travail est encore prématurée en raison des problèmes qu'il a avec sa main. Le recourant a cessé la consommation mais rencontre encore des problèmes avec la consommation d'alcool. Le recourant souffre toujours de tendances dépressives qu'il attribue à ses douleurs. Il confirme le pronostic formulé par le Dr R \_\_\_\_\_ dans son rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2009 qui fait un pronostic favorable si le recourant cesse ses consommations. Il craint toutefois que le stress ne cause une dépression. A terme, une consolidation de l'état de santé est possible. Le problème est plus une incapacité de gains qu'une incapacité de travail. Interrogé au sujet des questions posées par le Dr T \_\_\_\_\_ en annexe à son rapport du 7 janvier 2009, le témoin juge que ces questions ne sont pas déterminantes. L'essentiel est dans la volonté qu'a le recourant de s'en sortir, de respecter un nombre de règles personnelles tel que d'assumer son rôle de père ou venir en aide à sa mère. La classification des dépressions ne présente que peu d'intérêt en considération du fait qu'elle change fréquemment. De l'avis du témoin, il n'y a pas lieu de procéder à une expertise psychiatrique. Le recourant est très motivé. Le mieux pour lui serait qu'il puisse fréquenter un atelier d'évaluation de ses capacités de travail pour lui trouver un emploi adapté. Depuis la rédaction de son rapport du 23 février 2010, les choses ont beaucoup évolué. A partir de fin juin 2010, le recourant était sur la bonne pente. En ce qui concerne l'état dépressif, il est en rémission partielle, la rémission totale prend énormément de temps. Au plan psychique, le témoin n'est pas en état de dire si le recourant a la force de reprendre le travail. Il pense qu'il faut essayer. Les limitations fonctionnelles qu'il avait évoquées dans son rapport se sont améliorées. Elles étaient liées à une sédation excessive ainsi qu'à l'état dépressif. Interrogé en comparution personnelle le 12 mai 2011, le recourant a déclaré que le compte-rendu de l'intervention du 17 novembre 2010 n'est pas tout à fait précis dans la chronologie des événements. Il situe sa chute trois à quatre jours avant la prise de Dormicum qu'il ne s'est pas injecté mais qu'il a ingéré. Dans ses conclusions du 1<sup>er</sup> juin 2011 après enquête, l'intimé se réfère à un avis médical du

Dr T\_\_\_\_\_ du 17 mai 2011 qui considère qu'au plan psychiatrique aucun élément médical nouveau n'a été évoqué. Il souligne que le Dr T\_\_\_\_\_ juge également inutile une expertise psychiatrique et ne retient pas d'affection psychiatrique avec répercussion durable sur la capacité de travail. L'intimé déclare persister dans ses conclusions. Dans ses conclusions du 8 juillet 2011, le recourant souligne que l'intimé s'est déterminé sans que les questions posées par le Dr T\_\_\_\_\_ dans son rapport du 7 janvier 2009 n'aient reçu de réponse. Il souligne qu'il ne ressort pas clairement du dossier que le dernier accident ayant nécessité l'intervention du 17 novembre 2010 est postérieure à la décision querellée. Le fait de ne pas tenir compte de cet accident au motif qu'il se serait produit après la décision querellée constituerait du formalisme excessif en raison de la proximité de cet accident avec la date de la décision. Lorsque le Dr T\_\_\_\_\_ estime qu'une expertise psychiatrique n'est pas nécessaire, il s'exprime par référence à l'amélioration de l'état de santé qu'il a constatée à partir de fin juin 2010. Le Dr T\_\_\_\_\_ préconise des mesures d'observations professionnelles de réadaptation pour son patient. Le recourant conteste une capacité de travail à 100% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009 dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Cette appréciation tient compte uniquement du deuxième accident. L'aspect psychique n'a pas été pris en compte dans cette évaluation qui est celle de l'assurance-accident qui ne couvre pas l'aspect psychique. L'Office cantonal de l'emploi a jugé le recourant inapte à l'emploi à l'intérieur du délai-cadre de chômage. Le recourant persiste dans sa demande d'instructions médicales complémentaires. L'incapacité de travail est supérieure à une année au sens de l'article 28 LAI car l'amélioration de l'état de santé psychique date de juin 2010 seulement. Le recourant a au moins droit à une rente limitée dans le temps. Il demande la mise sur pied de mesures de réadaptation professionnelle. L'instruction étant close, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice a gardé la cause à juger le 12 juillet 2011. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Depuis le 1<sup>er</sup> 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. Interjeté le 6 décembre 2010, le recours est recevable à la forme en tant qu'il a été interjeté dans le délai de trente jours depuis la notification de la décision intervenue le 4 novembre 2010. L'objet du litige porte sur la validité de la décision de l'intimé du 2 novembre 2010 qui rejette la demande de prestations AI formulée par le recourant le 4 juin 2009 au motif que les conditions de l'art. 28 LAI ne sont pas remplies et que des mesures de reclassement au sens de l'art. 17 LAI ne se justifient pas, dès lors que la capacité de travail du recourant est entière depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009 dans son activité habituelle. L'art. 28 LAI pose le principe que l'assuré a droit à une rente 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 ; Il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail de la manière suivante : 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. Selon l'art. 7 LGPA, 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. 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. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 LGPA). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail et de gains de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Les toxicomanies, l'alcoolisme ou l'abus de drogues ne constituent pas une invalidité au sens de l'AI. "Ces penchants ne jouent un rôle que lorsqu'ils ont provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique, nuisant à la capacité de gains ou de travail ou s'ils résultent eux-mêmes d'une atteinte à la santé mentale qui équivaut à une maladie." (Michel Valtério, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Bâle 2011, p. 331, ch. 1195). Il n'y a pas lieu d'admettre une invalidité lorsqu'il apparaît que, moyennant abstinence, l'assuré est à même de recouvrer une capacité entière de travail dans son ancien métier (ATF 9C\_51/2007). En l'espèce, le recourant présente depuis longtemps des troubles de comportement liés à l'abus de substances psychoactives multiples. Il est établi que le recourant a besoin d'une aide psychothérapeutique depuis de nombreuses années. Les troubles évoqués ci-dessus préexistaient à la demande de prestation AI du 4 juin 2009 et n'ont pas empêché le recourant de travailler dans la profession pour laquelle il a bénéficié d'un reclassement professionnel. En 1995, le Dr N\_\_\_\_\_ considérait qu'une prise en charge médicopsychosociale était durablement nécessaire sans que l'état de santé du recourant ne l'empêche de conduire un véhicule. Le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, a exprimé l'avis que le recourant pouvait travailler à temps complet avec un rendement total. Postérieurement à l'accident dont le recourant a été victime le 13 octobre 2008, le Dr P\_\_\_\_\_ a d'abord estimé que, en raison de l'état dépressif du recourant, toute reprise de l'activité professionnelle est hypothéquée pour une durée indéterminée. Le Dr R\_\_\_\_\_ considérait pour sa part que la capacité de reprendre l'activité exercée nécessitait une évaluation complémentaire au plan psychique. Le Dr Q\_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie des HUG, qui a examiné le recourant lors de son hospitalisation du 24 mai au 10 juin 2009, a observé un patient calme, collaborant, qui ne présentait pas de signes d'intoxication ou de sevrage. Il était orienté aux quatre modes. Il n'avait pas de troubles de la mémoire. Sa thymie était diminuée avec des affects congruents tristes avec pleurs. Le patient ne présentait pas d'anhédonie, pas de fatigue, pas de pessimisme, pas de perte de l'élan vital, pas de dévalorisation de soi. Le cours et le contenu de sa pensée étaient jugés dans la norme. Le sevrage d'alcool s'est déroulé sans complication. Le patient s'est montré motivé dans ses objectifs. Il a été noté une certaine labilité émotionnelle mais l'évolution a été rapidement favorable et l'humeur est restée stable tout au long du séjour. Quant au Dr T\_\_\_\_\_ se référant au rapport du Dr P\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2009, il constate que la reprise de l'activité était possible

dès le 31 octobre 2009. Il observe que l'ensemble des pathologies psychiatriques dont souffre le recourant n'a pas entravé sa reconversion. Il considère que les rapports du Dr R\_\_\_\_\_ et du Dr T\_\_\_\_\_ n'apportent aucun élément médical nouveau à diagnostic équivalent. Il estime que la toxicomanie et l'état dépressif réactionnel dont souffre le recourant n'entraînent aucune incapacité de travail. Le médecin-traitant du recourant confirme un pronostic favorable si le recourant cesse ses consommations. Pour lui, l'essentiel est dans la volonté du recourant de s'en sortir, de respecter un certain nombre de règles personnelles. Un examen psychiatrique complémentaire n'est pas nécessaire. L'examen des divers rapports médicaux n'attestent en fin de compte aucune incapacité de travail corrélative aux affections somatiques que le recourant présente. Ces affections existaient depuis longtemps. Elles n'ont pas empêché le recourant d'exercer la profession de termineur de boîtes de montre pendant de nombreuses années après son reclassement professionnel. Rien dans le dossier n'établit que les troubles diagnostiqués constitueraient des comorbidités psychiatriques graves. La Cour de céans confirmera par conséquent la décision de l'intimé du 2 novembre 2010. La Cour de céans note de surcroît que le fait que l'Office cantonal de l'emploi a estimé que le recourant était inapte à l'emploi n'est pas déterminant. Lors d'une même atteinte à la santé, il peut en effet arriver que l'assurance-invalidité admette une certaine, voire une pleine capacité de travail, alors que l'assurance-chômage dénie l'aptitude au placement de l'assuré (ATF 136 5 95). Le recourant fait encore valoir que le dernier accident dont il a été victime, ayant donné lieu à une intervention chirurgicale le 17 novembre 2010, se serait produit avant que la décision querellée ne soit rendue. A dire vrai, la formulation du recourant est plus prudente. Il indique en effet qu'"... il ne ressort pas clairement des éléments recueillis que le dernier accident... est postérieur à la décision querellée." Or, la première consultation suite à cet accident n'a eu lieu que le 15 novembre 2010, soit treize jours après la date de la décision. Le recourant n'a fait état de cet accident que lors de l'audience du 31 mars 2011. En l'absence de toute autre indication, la Cour considère qu'il n'est pas vraisemblable que cet accident se soit produit avant le 2 novembre 2010. Le recourant considère que ce serait faire preuve de formalisme excessif que de ne pas tenir compte de l'accident ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 17 novembre 2010, alors même qu'il se serait produit postérieurement à la décision dont recours. Le formalisme excessif est un aspect particulier du déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Constitution. Il est réalisé lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi, complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 135 I 6 Cons. 2.1 ; 132 I 249 Cons. 5 , 130 V 177 Cons. 5.4.1 ; 128 II 139 Cons. 2a ; 127 I 31 Cons. 2a b/b). En l'espèce, le recourant ne produit qu'un compte rendu opératoire attestant du déroulement de l'opération d'un syndrome de loge de l'avant-bras gauche et de la main gauche du 17 novembre 2010. Aucun autre rapport médical n'a été produit concernant les suites éventuelles de cette opération qui s'est au demeurant bien déroulée. Il ne se justifie pas, dans ces circonstances, de renvoyer la procédure à l'intimé pour instruire ce nouvel accident postérieur à la décision rendue par celui-ci, qui fait l'objet du présent recours. Il apparaît au contraire légitime de ne pas différer plus longtemps l'adjudication de cette procédure. Rien ne permet de penser que le fait de statuer compliquerait de manière insoutenable la réalisation du droit matériel. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Renonce à percevoir un émolument. 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; RS 173.110); 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 Diana ZIERI Le président Robert FIECHTER 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.