

## **GE\_GERICHTE A/4640/2007 vom 10. November 2008**

GE Cour de justice, 2008-11-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4640\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4640_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/4640/2007 du 10 novembre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/4640/2007 del 10 novembre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.11.2008 A/4640/2007

A/4640/2007 ATAS/1300/2008 du 10.11.2008 ( AI ) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 19.12.2008, rendu le 23.12.2008, DROIT PUBLIC En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4640/2007 ATAS/1300/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 10 novembre 2008 En la cause Monsieur S\_\_\_\_\_, représenté par la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés. recourant contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT M. S\_\_\_\_\_, (ci-après : l'assuré), né en 1963, célibataire, de nationalité suisse, a obtenu un CFC d'ajusteur-monteur en 1983 et effectué une formation d'éducateur, inachevée, en 1997-1998 et 2000-2003. Il a exercé la profession d'ajusteur-monteur pour divers employeurs entre 1984 et 1997 ainsi que comme indépendant dans le domaine du dépannage d'urgence dans le bâtiment de 1998 à 2000. Dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003, il a travaillé pour X\_\_\_\_\_ SA, département médical, comme aide-soignant à 100 %. Le 8 novembre 2003, l'assuré a été victime d'un accident. Il a perdu la maîtrise de son scooter, a chuté, son casque s'est enlevé lors de la chute et il a heurté la tête contre un trottoir. Il a été victime d'un traumatisme crânien sévère. La Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : SUVA) a pris le cas en charge, en appliquant une réduction de 10 % des indemnités journalières pour faute grave, le casque n'ayant pas été correctement porté. Elle a versé des indemnités journalières du 11 novembre 2003 au 28 février 2006. L'assuré a été hospitalisé aux soins intensifs puis dans le service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) du 8 novembre au 25 novembre 2003 pour traumatisme crânien sévère en intoxication éthylique aiguë lors d'un accident de la route. Le patient était connu pour des antécédents de toxicomanie multiples. Un CT-scanner a montré un hématome sous-dural aigu temporo-frontal gauche ainsi que plusieurs fractures (bi-frontale avec embarrure à gauche, de l'arcade zygomatique droite, du sinus maxillaire gauche, du plancher de l'orbite gauche, du nez, de l'ethmoïde et de la paroi de l'orbite droite). L'assuré a ensuite été hospitalisé en entrée non volontaire au département de psychiatrie des HUG du 25 novembre au 8 décembre 2003 en raison de troubles du comportement liés à l'utilisation des opiacés avec traumatisme ou autre blessure physique (F 11.01) et risque auto agressif après un traumatisme crânien. Il s'agissait d'une dixième hospitalisation en entrée non volontaire. Le patient était connu pour une ancienne toxicomanie à l'héroïne et dépendance à l'alcool. Suite à l'accident, il présentait une dysphasie de perception et d'expression, trouble mnésique et trouble du comportement. Dans un rapport de septembre 2004, le Dr A\_\_\_\_\_, du service de psychiatrie adultes, a attesté que l'état clinique du patient était nettement amélioré à sa sortie de Belle-Idée, malgré la persistance de la contusion et quelques troubles mnésiques. L'assuré a

ensuite été hospitalisé à Beau-Séjour le 8 décembre 2003 pour la poursuite de la neuro-éducation, jusqu'au 22 décembre 2003. Le 21 novembre 2003, l'employeur de l'assuré, X \_\_\_\_\_ médical & sciences, lui a signifié la fin de sa mission. Le 8 janvier 2004, les HUG ont attesté d'un hématome sous-dural et d'une fracture de la base du crâne entraînant une incapacité de travail totale dès l'accident. Le 20 février 2004, le Dr B \_\_\_\_\_, chef de clinique de l'hôpital Beau-Séjour, a indiqué qu'une reprise du travail était possible à 50 % courant février 2004, que de la fatigabilité et de légers troubles cognitifs étaient possibles en situation professionnelle, que le syndrome de dépendance à l'héroïne et à l'alcool n'interférait pas sur la récupération après traumatisme crânio-cérébral, que le traitement neuropsychologique se terminerait en mars 2004 et que celui concernant le TCC était en voie d'être terminé. En février 2004, la Dresse C \_\_\_\_\_, à Yvoire, a attesté de fatigabilité de l'assuré, troubles attentionnels manifestes et d'une incapacité de travail de durée indéterminée. Du 9 mai au 1<sup>er</sup> juin 2004, l'assuré a séjourné dans le département de chirurgie des HUG en raisons d'abcès du pli du coude droit sur injection de drogue avec thrombophlébite superficielle et dermo-hypodermite au pli du coude gauche sur injection de toxiques. Le rapport du 9 juin 2004 des HUG mentionne que l'assuré, après un arrêt de la toxicomanie à l'héroïne sous substitution pendant cinq ans, avait récidivé après son accident. Le 7 juin 2004, la Dresse C \_\_\_\_\_ a attesté de trouble de la mémoire, de l'odorat et état dépressif sévère. Il y avait à craindre un dommage permanent en raison du trouble de la mémoire et l'incapacité de travail était toujours totale. Du 28 juillet au 16 août 2004, l'assuré a été hospitalisé à la clinique de Belle-Idée. Le 19 août 2004, la Dresse C \_\_\_\_\_ a certifié que son patient avait repris le travail du 29 janvier au 8 février 2004 puis à 50 % du 9 au 17 février 2004 et que dès le 18 février jusqu'à septembre 2004 il était en incapacité de travail totale. En octobre 2004, la Dresse C \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail totale de son patient suite à l'accident, d'une hospitalisation en septembre 2004 à la Villa les Crêts et d'un traitement psychiatrique en cours auprès du Dr D \_\_\_\_\_. Le 16 novembre 2004, la clinique de Belle-Idée a mentionné que l'assuré avait séjourné dans son unité du 6 au 15 septembre 2004 et du 8 au 20 octobre 2004 pour effectuer un sevrage aux opiacés et à l'alcool et une entrée en résidentiel. Le 24 novembre 2004, la policlinique de médecine a certifié d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 1<sup>er</sup> au 30 novembre 2004 en raison de l'accident. Le 21 janvier 2005, le service de neurologie des HUG a effectué un examen de l'assuré et conclu à la présence de discrets troubles du langage et de plaintes neuropsychologiques qui étaient à préciser lors du prochain examen, une discrète hyperréflexie droite, un léger syndrome cérébelleux cinétique au niveau du membre supérieur gauche, interférant peu avec la vie quotidienne, une anosmie sans agueusie, une très légère gêne visuelle sur quelques parésies du droit externe post-traumatiques et relevé que certaines activités seraient tout à fait possible à reprendre. Lors d'un entretien avec la SUVA du 27 janvier 2005, l'assuré a signalé une mémoire encore défaillante avec concentration difficile. Il n'avait plus de problème de dépendance à l'alcool ou à la drogue. Depuis trois mois, il résidait dans un centre résidentiel à moyen terme. Son incapacité de travail était totale. Le 27 janvier 2005, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. En mars 2005, la clinique de neurologie des HUG a attesté d'une rechute de la toxicomanie suite au TCC actuellement stabilisé. Il y avait à craindre un dommage permanent de nature neuropsychologique. Le 28 avril 2005, la policlinique de médecine des HUG a attesté d'une amélioration de l'état de santé du patient, lequel se plaignait de photophobie. A la demande de la SUVA, le Dr E \_\_\_\_\_, FMH en neurologie, a procédé à un examen

neurologique de l'assuré. Dans son rapport du 4 mai 2005, il mentionne que le patient se plaint d'une anosmie, de difficultés de vision et de troubles de la mémoire verbale. Il conclut que les troubles mnésiques et l'anosmie sont crédibles. L'assuré a effectué un examen neuropsychologique les 13 mai et 17 juin 2005 au service de rhumatologie, médecine physique et rééducation de l'hôpital cantonal de Fribourg, lequel a relevé le 11 juillet 2005 qu'une tendance à une évolution favorable continuait à se manifester et actuellement, il persistait des résultats modérément déficitaires en mémoire verbale et un certain ralentissement. Les difficultés orthographiques étaient mineures, mais persistaient également. Une IRM du 30 avril 2005 montrait des lésions séquellaires temporales gauches. Le 14 juin 2005, le Dr F \_\_\_\_\_, FMH en ophtalmologie, a attesté d'un dommage permanent, soit fatigabilité, éblouissement, légère diplopie et déficit au champ visuel. Le 22 septembre 2005, Mme T \_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP, a rempli un rapport médical LAA dans lequel elle atteste de difficultés de mémoire verbale et ralentissement après TCC sévère, séquelles de contusion cérébrale temporale gauche. L'évolution était lentement favorable. Le 29 septembre 2005, le Dr G \_\_\_\_\_, médecin d'agence de la SUVA, a attesté que le patient présentait une anosmie et des difficultés de mémoire verbale et un ralentissement séquellaire de contusion temporale gauche donnant droit à une IPAI de 30 %. En novembre 2005, la Dresse C \_\_\_\_\_ a indiqué à l'OCAI qu'elle ne suivait plus le patient depuis septembre 2004. Le 7 décembre 2005, le Dr G \_\_\_\_\_ a constaté des séquelles modérées dans la sphère neuropsychologique. L'activité d'aide-soignant était exigible à 100 %. Le 9 décembre 2005, le Dr F \_\_\_\_\_ a attesté que "l'activité visuelle et la réfraction étaient sans changement depuis juin 2005, le status oculaire et la mobilité dans les normes, sans diplopie. Il persistait un léger rétrécissement homonyme au champ visuel et une hyposécrétion". Le 18 janvier 2006, le Dr H \_\_\_\_\_, du foyer Le Radeau, a attesté d'une incapacité de travail totale depuis 2003 et d'un état de santé qui s'améliorait. Il a posé le diagnostic de trouble du comportement lié à l'usage de substances psychoactives. Le patient était en abstinence totale de drogue depuis octobre 2004. Il ne pouvait plus exercer comme aide-soignant mais une autre activité était exigible. Par décision du 23 janvier 2006, la SUVA a mis un terme au versement des indemnités journalières au 28 février 2006 et alloué à l'assuré une IPAI de 30 %. Le 1<sup>er</sup> mars 2006, le service de neuropsychologie / logopédie de l'hôpital cantonal de Fribourg a rendu un rapport. L'examen neuro-psychopathologique montrait une quasi normalisation des différents paramètres mnésiques et exécutifs ainsi que du langage. En raison de difficultés d'écriture et un déficit d'attention soutenue et divisée, la capacité de travail ne pouvait excéder 60 %. Un stage d'observation était nécessaire. Le 8 mai 2006, la justice de paix du canton de Fribourg a nommé à l'assuré un curateur. Le 9 juin 2006, l'hôpital psychiatrique cantonal a établi un rapport suite à l'hospitalisation de l'assuré du 2 au 9 mai 2006 où un sevrage d'alcool a été effectué. Les diagnostics posés sont ceux de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool et de substances psychoactives multiples, actuellement abstinent. Le 31 juillet 2006, le Dr H \_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI. Il pose les diagnostics de diabète insulino requérant depuis 2005, de TCC sévère avec séquelles depuis 2003, de troubles du comportement liés à l'abus de substances psychoactives, d'asthme et d'hépatites C + B stables, entraînant une incapacité totale de travail depuis 2003. Il suivait le patient depuis le 11 mars 2005 et le pronostic était réservé; les séquelles du TCC étaient probablement définitives. L'ancienne activité n'était plus exigible mais une autre était possible à 50 % dans un centre spécialisé. Le 17 novembre 2006, la Dresse I \_\_\_\_\_ du SMR a relevé que la capacité de travail était nulle de

novembre 2003 à février 2006 et de 60 % depuis mars 2006 dans l'activité habituelle ou une activité adaptée selon les tests neuropsychologiques du 1<sup>er</sup> mars 2006. Une révision était proposée au printemps 2007. Par projet de décision du 20 novembre 2006, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au 31 mai 2006 puis un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2006. Le 7 décembre 2006, l'assuré a observé qu'en mars 2006 il avait tenté de se réinsérer dans l'économie libre mais qu'il avait dû être hospitalisé en psychiatrie du 2 au 9 mai 2006. Il avait ensuite réintégré Le Radeau où il séjournait encore. Comme Intégration pour tous - (IPT) avait estimé qu'il ne pouvait être réinséré dans l'économie ouverte il avait pris un emploi à 50 % dans les ateliers protégés de la Fondation Estampille dès octobre 2006. Il a transmis un rapport du 28 septembre 2006 d'IPT attestant que l'état de santé de l'assuré ne permettait pas une démarche professionnelle en économie ouverte et un taux d'activité de 50 % était la limite supérieure. Le 8 janvier 2007, la Dresse I\_\_\_\_\_ a proposé de demander des renseignements au Dr H\_\_\_\_\_. Le 28 janvier 2007, le Dr H\_\_\_\_\_ a mentionné un état de santé stationnaire, sans changement dans le diagnostic et un pronostic réservé. Les limitations fonctionnelles étaient de la dyspnée à l'effort, un trouble du comportement et une structure qui lui semblait borderline. Un travail en atelier protégé était possible à 50 %. Un encadrement social était nécessaire actuellement. Le 6 mars 2007, la Dresse I\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux par rapport à l'avis du SMR du 17 novembre 2006. Par décision du 5 novembre 2007, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière du 1<sup>er</sup> novembre 2004 au 31 mai 2006 et un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> juin 2006. Le 27 novembre 2007, l'assuré, représenté par le service des tutelles et curatelles de la Ville de Fribourg, puis par Intégration Handicap, a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à l'octroi dès le 1<sup>er</sup> juin 2006 d'une demi-rente d'invalidité. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait estimé qu'une activité était possible uniquement à 50 %, ce qui était effectivement le cas depuis octobre 2006 dans un atelier protégé. Ses troubles n'étaient pas uniquement d'ordre neuropsychologique et l'OCAI ne pouvait en conséquence retenir la capacité de travail de 50 % fixée par la neuropsychologue. Le 15 avril 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours en relevant que seul le status post TCC et un hématome sous-dural étaient du ressort de l'assurance-invalidité, le diabète, les troubles du comportement liés à la consommation de substances psychoactives et les hépatites C et B ne l'étant pas. Le 6 juin 2008, le recourant a observé que l'invalidité due à l'anosmie de 5 à 8 % selon le Dr E\_\_\_\_\_ s'ajoutait à celle causée par les troubles neuropsychologiques. Il n'avait pas réussi à se réintégrer dans un marché du travail. Un stage dans un centre spécialisé, préconisé par Mme T\_\_\_\_\_ et le Dr H\_\_\_\_\_ devait être ordonné. En outre, rien ne permettait de dire que la dépendance à l'alcool n'avait pas un substrat psychique. Il a modifié les conclusions de son recours en requérant préalablement un stage d'observation professionnelle et au fond une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> novembre 2004. Le 4 juillet 2008, l'intimé a relevé que l'exigibilité médicale étant clairement définie, les conditions relatives à l'octroi d'un stage d'observation professionnelle n'étaient en l'espèce pas réunies. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT a) La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas

d'espèce est ainsi établie. b) La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 27 janvier 2005. La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. a) Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 20 novembre 2006, qui a été confirmé par la décision du 5 novembre 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 27 novembre 2007. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige porte sur le bien fondé de la réduction de la rente entière du recourant à un quart de rente dès le 1er juin 2006. 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 (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 qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à 66 2/3 % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir

de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174 ). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettraient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96

consid. 4a). Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. A cet égard, l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI) précise que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3). b) 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). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa, on doit mentionner - à part les maladies 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'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. 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 décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI

2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3). A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance 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 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 qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a). a) En l'espèce, l'intimé a retenu une capacité de travail de 60 % depuis le 1<sup>er</sup> mars 2006 en se fondant sur le rapport du service de neuropsychologie de l'hôpital cantonal de Fribourg évoquant des difficultés d'écriture et un déficit d'attention soutenue et divisée, de sorte qu'un quart de rente était dû au recourant dès le 1<sup>er</sup> juin 2006. Si cet aspect n'est pas critiqué par le recourant, soit une incapacité de travail de 40 % due aux suites de l'accident, il n'est pas de même de l'aspect psychiatrique, le recourant invoquant sur cette question une instruction du dossier lacunaire. Dans sa réponse au recours, l'intimé a succinctement relevé que les troubles du comportement liés à la consommation de substances psychoactives ne relevaient pas de l'assurance-invalidité. A cet égard, il ressort des pièces au dossier que postérieurement à l'accident du 8 novembre 2003, le recourant a été hospitalisé au département de psychiatrie des HUG du 25 novembre au 8 décembre 2003 en raison d'un diagnostic de troubles du comportement liés à l'utilisation des opiacés avec traumatisme ou autre blessure physique, du 9 mai au 1<sup>er</sup> juin 2004 dans le département de chirurgie en raison d'affections liées aux injections de toxiques, du 28 juillet au 16 août, du 6 au 15 septembre et du 8 au 20 octobre 2004 à la clinique de Belle-Idée, notamment pour un sevrage aux opiacés et à l'alcool. Depuis octobre 2004, le recourant était, selon le Dr H\_\_\_\_\_, en abstinence totale de drogue mais du 2 au 9 mai 2006 le recourant a effectué un sevrage à l'alcool en milieu hospitalier et le Dr H\_\_\_\_\_ a attesté en juillet 2006, notamment, de troubles du comportement liés à l'abus de substances psychoactives et d'une capacité de travail de 50 % dans un centre spécialisé, capacité

confirmée le 28 janvier 2007. Actuellement, le recourant séjourne au Radeau et travaille effectivement à hauteur de 50 % dans un atelier protégé depuis octobre 2006 et le rapport d'IPT du 28 septembre 2006 a relevé que le recourant est motivé et volontaire mais qu'il présente une grande fragilité sur le plan psychique et une difficulté à respecter un cadre d'où surcharge, fatigue et rupture et précisé qu'une activité à 50 % apparaissait maximale et qu'une mesure d'évaluation était nécessaire. Au vu de ce qui précède, il apparaît que l'aspect psychiatrique du dossier n'a à tort pas été investigué du tout par l'intimé alors même que le recourant a subi plusieurs hospitalisations pour des motifs psychiatriques, qu'il souffre de troubles du comportement liés à l'abus de substances psychoactives selon le Dr H\_\_\_\_\_ et qu'il n'a pu reprendre une activité qu'à 50 % dans un atelier protégé depuis octobre 2006, capacité de travail confirmée par le médecin précité (cf. à cet égard ATFA du 28 février 2003 I 840 /02). b) Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse partiellement annulée dans le sens où la cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire par le biais d'une expertise psychiatrique auprès d'un expert indépendant et nouvelle décision, étant précisé que le droit du recourant à la rente selon la décision litigieuse est maintenu pendant toute la durée de l'instruction. L'intimé se devra également d'évaluer la nécessité de mettre en œuvre un stage d'observation professionnelle afin de déterminer précisément la capacité de travail du recourant. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGa). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule partiellement la décision du 5 novembre 2007 dans le sens des considérants. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. Met un émolument de 500 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le