

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2652/2011

ATAS/19/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 janvier 2012

2ème Chambre

En la cause

Monsieur G _____, domicilié au Grand-Lancy

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur G _____, (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1963, séparé depuis 2001 et père de trois enfants nés en 1988, 1989 et 1996 a vécu en Érythrée jusqu'en 1982 et y a suivi l'école jusqu'au lycée. Il a suivi un cours de cuisine "Perfecto" durant un mois en 1998 et réussi les examens finaux.
2. Selon son curriculum vitae et l'extrait de son compte individuel AVS, l'assuré a travaillé pour divers employeurs en qualité d'aide-cuisinier de 1984 à 2000, sauf durant deux ans dans le domaine de l'entretien de véhicules, emplois entrecoupés de périodes de chômage. Il est au chômage depuis novembre 2000 et a bénéficié de mesures cantonales de novembre 2002 à octobre 2003. En fin de droit de chômage depuis juin 2005, il est assisté par l'Hospice général depuis lors.
3. L'assuré a déposé le 1^{er} juillet 2010 une demande de prestations d'invalidité, sollicitant l'octroi d'une rente en raison d'une malformation du foie, de dépression, de problèmes de dos et des jambes existant depuis 2001 et précise être suivi par le Dr L _____ depuis 1997.
4. Le jugement de mesures protectrices de l'union conjugale du 28 novembre 2001 mentionne que l'épouse de l'assuré a requis la suspension de la vie commune en raison de difficultés du couple liées au penchant de son mari pour le jeu et l'alcool.
5. Selon les certificats d'arrêts de travail transmis par l'assurance chômage, l'assuré a été incapable de travailler à 100% du 14 novembre au 13 décembre 2000 puis à 50% jusqu'au 31 janvier 2001 et à nouveau à 50% du 1^{er} au 31 mars 2001 (consultation de la jonction du département de psychiatrie); à 100% du 17 au 28 janvier 2002, du 27 février au 20 mars 2002, du 2 au 7 mai 2002, puis dès le 3 février 2003 (Dr L _____).
6. Selon le rapport du 26 juillet 2010 du Dr L _____, spécialiste en médecine interne qui suit l'assuré depuis 1998, celui-ci souffre d'un affaiblissement physique en lien avec un alcoolisme et un état dépressif chronique, avec effet sur la capacité de travail. Après une hospitalisation de 48 heures aux HUG lors d'un tentamen en février 2003, l'assuré a été suivi par le centre de thérapie brève. L'assuré est totalement incapable de travailler depuis le 1^{er} janvier 2003, en raison de faiblesse physique globale, d'inconstance, d'insomnies, d'absentéisme, d'incapacité à suivre une discipline professionnelle, de fatigabilité et de perte de mémoire. La médication actuelle est du Zyprexa 5 mg/1cp le matin; Demeron 30 mg/ 1cp le soir et deux autres noms illisibles.
7. Il ressort du résumé de séjour de l'assuré du 9 au 12 février 2003 dans une unité psychiatrique des HUG qu'il souffre de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, et d'abus d'alcool (F10.0), les autres

diagnostics mentionnés étant épisode dépressif majeur, épisode actuel moyen (F32.1). L'anamnèse indique que l'assuré est séparé mais est retourné au domicile de son épouse en été 2002 lorsque cette dernière a dû effectuer un voyage, l'assuré s'occupant alors des trois enfants. Il est ensuite resté mais son épouse lui a enjoint de quitter le domicile, en raison d'alcoolisations régulières. L'assuré a donc quitté ce domicile et a par ailleurs cessé son travail une semaine avant son admission aux HUG. Passant ses journées à déambuler, et sans logement, il a eu des idées suicidaires. A la sortie, le patient est encore tendu, en colère, avec une thymie dépressive, une perte de confiance et des troubles du sommeil, mais sans idée suicidaire ni symptôme psychotique.

8. Le service médical régional (SMR) a proposé de procéder à une expertise psychiatrique simple, puis dans un second temps, si nécessaire, avec évaluation neuropsychologique, afin notamment de qualifier la dépendance à l'alcool et d'évaluer ses effets sur la capacité de travail.
9. Le rapport d'expertise du Dr M_____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, du 15 février 2011, contient une anamnèse familiale, professionnelle et psychosociale et un résumé du dossier. Les plaintes actuelles du patient sont de l'amertume de ne pas être allé aux Etats-Unis et, depuis la séparation d'avec son épouse en 2003, il souffre de douleurs de dos, d'un moral fluctuant, avec à raison de 50% du temps, des moments où il se sent moins bien et irritable et 50% du temps, des moments où il se sent mieux et rencontre ses amis. Sur le plan algique, l'assuré se plaint de douleurs aux jambes, aux membres supérieurs et au dos. Il déclare une consommation de tabac et d'alcool à hauteur de 2 litres de bière par jour depuis sa séparation d'avec son épouse. S'agissant du status psychiatrique, l'expert relève que la cognition est dans la norme, l'orientation aux trois modes est bonne, il n'y a ni trouble de mémoire, ni ralentissement psychomoteur, ni agitation. L'examen psychiatrique met en évidence un moral bon, sans irritabilité ni tristesse, avec des ruminations existentielles mais sans idées noires, avec une fatigabilité anamnétique, mais sans trouble de concentration ni de mémoire, sans anhédonie (l'assuré apprécie de rencontrer ses enfants, de s'en occuper et de faire la cuisine), sans replis social (l'assuré a des amis qu'il rencontre régulièrement), sans perte d'estime de lui-même (il se déclare gentil, honnête, à l'écoute), le sommeil serait perturbé par des réveils récurrents, l'appétit serait conservé, la libido serait suspendue depuis 9 ans. L'examen psychiatrique met également en évidence l'existence d'éléments en faveur d'angoisses interactives qui vont et viennent, passent toutes seules, sans crise d'anxiété généralisée, aucun signe de la série psychotique, ni de trouble de la personnalité. S'agissant de sa vie quotidienne, l'assuré déclare vivre dans un logement de deux pièces, soutenu par l'Hospice général. Il se lève tôt, boit un café et fume des cigarettes, fait ses courses et prépare son repas. Il regarde la télévision l'après-midi, fait quelques tâches ménagères et rien d'autre. Il prépare son repas qu'il prend vers 18h.00, puis regarde la télévision et se couche vers 20h.00. L'expert ne retient aucun diagnostic avec répercussion sur

la capacité de travail et une dysthymie F34.1, sans répercussion sur la capacité de travail.

S'agissant de l'appréciation du cas, l'expert explique que l'examen du 15 février 2011 met en évidence des éléments d'une dépression chronique de l'humeur dont la sévérité est insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger, l'intensité et la fluctuation du tableau (50% du temps irritable et 50% du temps où il se sent bien) orientent vers un diagnostic de dysthymie. Dès lors que l'assuré se plaint d'un tableau algique, l'expert a examiné l'éventuel aspect incapacitant de ce tableau, mais a exclu une comorbidité psychiatrique, ainsi que les autres critères déterminants (affection chronique, perte d'intégration sociale, état cristallisé, etc.).

10. Le SMR résume le 11 avril 2011 le dossier, et en particulier le rapport d'expertise, et estime que l'assuré est capable de travailler à 100% dans l'activité habituelle et dans toute autre activité.
11. Par projet du 26 avril 2011, l'Office de l'assurance invalidité du canton de Genève (OAI) rejette la demande de prestations.
12. L'assuré a sollicité une audition qui a eu lieu à l'OAI le 18 mai 2011, lors de laquelle il a produit deux rapports médicaux. Le certificat du 10 mai 2011 du Dr N_____, spécialiste en médecine interne, qui certifie que l'assuré souffre actuellement d'une maladie alcoolique et d'un état dépressif, ces pathologies occasionnant un affaiblissement physique, des troubles du sommeil et des douleurs neuropathiques aux membres inférieurs. Le rapport d'analyse du sang du 3 mai 2011 indique les valeurs contrôlées, celles d'aspartate-amino-transférase; alanine-amino-transférase; gamma-glutamyl-transférase étant très supérieures à la référence.
13. Selon l'avis du SMR du 20 juillet 2011, le certificat du Dr N_____ n'apporte pas de nouvel élément médical.
14. Par décision du 3 août 2011, l'OAI rejette la demande.
15. Par pli du 2 septembre 2011, l'assuré interjette recours contre la décision de l'OAI afin de préserver ses droits. Il indique être à la recherche d'un mandataire et sollicite un délai de 15 jours pour compléter son recours. Il conteste la décision, en raison de son état dépressif, des douleurs au dos, au foie et aux jambes. Il est vraiment malade et est totalement incapable de travailler et conclut à une invalidité à 100%.
16. Par pli du 12 septembre 2011, la Cour de céans accorde un délai au 7 octobre 2011 à l'assuré pour compléter son recours et au 4 novembre 2011 à l'OAI pour y répondre et déposer son dossier.

17. L'assuré n'a pas complété son recours.
18. Par pli du 3 novembre 2011, l'OAI conclut au rejet du recours et fait valoir que la décision est fondée sur l'expertise psychiatrique du Dr M_____, qui a permis d'exclure une atteinte à la santé invalidante sur le plan psychiatrique. S'agissant du volet somatique, les médecins traitants n'ont fait état d'aucune atteinte à la santé susceptible d'entraîner une incapacité de travail durable. La situation médicale de l'assuré a ainsi été parfaitement élucidée et c'est en pleine connaissance de cause que l'Office a considéré qu'il ne présentait pas d'atteinte à la santé invalidante.
19. Par pli du 9 novembre 2011, le préavis de l'OAI et l'expertise du Dr M_____ sont transmis à l'assuré, avec un délai au 6 décembre 2011 pour consulter les pièces du dossier, se déterminer, joindre toutes pièces utiles et produire un avis médical circonstancié précisant quels éléments de l'expertise sont contestés.
20. L'assuré n'a pas donné suite à ce courrier et la cause a été gardée à juger le 9 décembre 2011.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à une rente d'invalidité.
5. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou

d'un accident. 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 al. 1^{er} LPGA).

b) 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). 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 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

c) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*). En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3).

d) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé

les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, *in* : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

6. 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).

b) 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).

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).

7. En l'espèce, aucune affection somatique ayant une incidence sur la capacité de travail de l'assuré n'est mentionnée par ses deux médecins traitants successifs, le premier l'ayant suivi de 1998 à juillet 2010, le second depuis lors, sous réserve des douleurs neuropathiques conséquentes à l'alcoolisme mentionnées par le Dr N_____. Ainsi, les douleurs dorsales évoquées par l'assuré ne sont objectivées par aucun diagnostic et celles au foie et aux jambes sont consécutives à l'excès d'alcool selon son médecin traitant. S'agissant des affections psychiques, l'expertise du Dr M_____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, dès lors que bien que succincte, elle contient une anamnèse complète, elle tient compte des plaintes du patient et ses conclusions, s'agissant de l'absence de gravité du trouble dépressif, sont bien motivées et fondées sur l'examen effectué, une appréciation du dossier médical mais aussi sur les déclarations de l'assuré. D'ailleurs, les médecins traitants de l'assuré mentionnent un état dépressif sans précision quant à sa gravité et l'incapacité totale de travailler attestée depuis 2003 par le Dr L_____ n'est pas précisément motivée et paraît autant due à l'alcoolisme au vu des limitations évoquées (absentéisme, incapacité à se plier à une discipline de travail, etc.) qu'à l'état dépressif. Quant au Dr N_____, il ne se prononce pas sur les conséquences du trouble dépressif et de l'alcoolisme sur la capacité de travail de l'assuré. Au demeurant, ces avis sont insuffisamment motivés pour remettre en cause les conclusions du Dr M_____, étant précisé que le tentamen évoqué par le Dr L_____ n'est pas confirmé par le rapport des HUG, l'assuré ayant consulté et ayant été hospitalisé durant 48 heures après la seconde séparation de son épouse, en raison d'idées suicidaires, qu'il n'y a jamais eu de suivi par un psychiatre depuis 2001. Il faut donc retenir que l'assuré ne souffre d'aucune affection psychique invalidante, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de déterminer si l'alcoolisme est primaire ou secondaire, étant relevé que celui-ci a certainement des conséquences sur la capacité de travail de l'assuré, mais que rien ne démontre qu'une tentative de sevrage ait été faite ou que l'assuré ait continué à présenter des signes dépressifs

malgré une période d'abstinence relativement longue. Or, l'excès d'alcool est antérieur voire concomitant aux premières périodes d'incapacité de travail attestées par le centre de consultation psychiatrique de la jonction selon les faits ressortant du jugement de mesures protectrices de l'union conjugale.

En l'absence d'avis médical circonstancié divergeant des conclusions de l'expertise, la Cour retient au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré ne présente pas d'affection ayant des répercussions durables sur sa capacité de travail, et partant de gain, ce qui exclut l'octroi de prestations d'invalidité. La décision de refus de l'OAI est donc bien fondée.

8. Le recours est rejeté. La procédure n'est pas gratuite en matière de contestation des prestations de l'assurance-invalidité, aux termes de l'art. 69 al. 1bis LAI. Partant, le recourant sera condamné à un émolument de justice de 200 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
4. 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

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le