

GE_GERICHTE ATAS/163/2019 vom 25. Februar 2019

GE Cour de justice, 2019-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_163_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/163/2019 du 25 février 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/163/2019 del 25 febbraio 2019

Erwägungen

E. 27

Le 26 novembre 2018, le recourant a observé qu'il prenait note avec satisfaction des conclusions de l'expertise judiciaire, laquelle soulevait avec acuité la question de l'indépendance des experts nommés par l'OAI.

E. 28

Le 28 novembre 2018, le recourant a encore observé que l'expert judiciaire avait émis des critiques extrêmement sévères et très substantielle à l'égard de l'expertise de la Dresse F_____, lesquelles n'étaient pas remises en question par l'OAI ; le SMR rejoignait même la conclusion de l'expertise judiciaire quant à la présence d'une incapacité de travail totale dans son ancienne activité alors que la Dresse F_____ l'avait admise. Compte tenu de manquements aussi graves dans la réalisation d'un mandat d'expertise administrative confié par l'assurance invalidité, il était parfaitement légitime que le Dr K_____ s'enquiert des compétences des premiers médecins du même SMR qui estimait jusqu'à présent que le rapport de la Dresse F_____ devait se voir accorder une pleine valeur probante. Une telle appréciation de la part de ces médecins du SMR s'avérant d'une telle partialité et tellement insoutenable, il n'était pas non plus étonnant que l'expert judiciaire puisse douter de leur compétence. Quant au caractère primaire ou secondaire de la prétendue consommation d'alcool et de cannabis, il convenait d'emblée de relever qu'il n'en avait jamais été question jusqu'à présent. Ni la Dresse F_____, ni les médecins du SMR ne s'étaient interrogés sur cet aspect du dossier. A cela s'ajoutait que s'agissant du trouble lié à l'usage de l'alcool, il s'agissait d'antécédents ; la Dresse F_____ avait également retenu que l'assuré ne consommait plus d'alcool. Quant à l'usage du cannabis, il était qualifié de léger. En tout état de cause, les troubles massifs de la sphère psychique constatés dans l'expertise étaient manifestement sans lien avec une quelconque addiction. Force était de constater

A/210/2018 - 16/31 - que pour masquer les graves manquements de la Dresse F_____, respectivement des premiers médecins du SMR, l'OAI tentait par tous les moyens de discréditer le travail réalisé par le Dr K_____.

E. 29

Le 22 janvier 2019, le recourant a communiqué un rapport du Dr D_____ du 18 janvier 2018 (sic) en relevant qu'il attestait qu'il n'avait jamais présenté de dépendance à l'alcool et a souligné le fait que ce médecin avait indiqué le 22 février 2018 que sa consommation occasionnelle de cannabis était secondaire notamment à l'hyperactivité neurovégétative.

E. 30

Le rapport du 18 janvier 2018 (sic) du Dr D_____ a relevé que, dans le cadre de la psychothérapie débutée le 30 janvier 2014, l'assuré n'avait jamais présenté une

problématique liée à une consommation pathologique d'alcool, ni une dépendance à l'alcool. Durant la période de 1997 – 1998, l'assuré était passé par une période très difficile. A la suite de ses missions au B_____ et sa séparation de son épouse, il avait consommé du vin régulièrement. Pour cette raison, son permis lui avait été retiré le 15 octobre 1998 pour une période de seize mois. Depuis cette période, il n'avait jamais repris la consommation d'alcool. En ce qui concernait la consommation de cannabis, il avait débuté une consommation à titre thérapeutique disait-il en 2014. Cette consommation était épisodique et se passait uniquement la nuit. Il s'agissait d'une consommation de quatre à cinq joints par mois, afin de se soulager.

E. 31

A la demande de la chambre de céans, l'expert judiciaire a communiqué sa demande de renseignements au SMR (courriel du 2 octobre 2018) et la réponse du directeur de celui-ci (courriel du 5 octobre 2018).

E. 32

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

A/210/2018 - 17/31 - 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2016. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). 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 (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au

moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

A/210/2018 - 18/31 - 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 8. a. S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée

dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte,

A/210/2018 - 19/31 - d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive

A/210/2018 - 20/31 - l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral

9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le

A/210/2018 - 21/31 - niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). b. La reconnaissance de l'existence desdits troubles suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les

critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait

A/210/2018 - 22/31 - qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a). 9. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid. 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. En particulier, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). 10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). 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

A/210/2018 - 23/31 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa et les références). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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

A/210/2018 - 24/31 - 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du

médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 11. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils 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

A/210/2018 - 25/31 - champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 12. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). 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 319 consid. 5a). 13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas

(ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 14. En l'occurrence, le rapport d'expertise judiciaire, fondé sur un examen du recourant (d'une durée de cinq heures trente), une analyse de la médication et des marqueurs du cannabis et de l'alcool, un entretien avec le psychiatre traitant, des tests d'évaluation de la dépression, comprenant une anamnèse personnelle, familiale et professionnelle fouillée, une description de la vie quotidienne du recourant, les plaintes de celui-ci, posant des diagnostics et des limitations fonctionnelles clairs et solidement motivés, expliquant les divergences avec l'expertise de la Dresse F_____ et, finalement, exposant de façon convaincante la présence d'une incapacité de travail totale du recourant dans toute activité depuis novembre 2013, remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnue une pleine valeur probante.

A/210/2018 - 26/31 - Selon les constatations et conclusions de ce rapport, le recourant présente une incapacité de travail totale depuis novembre 2013, en raison de limitations fonctionnelles en lien avec les diagnostics de trouble dépressif caractérisé, récurrent de gravité actuelle moyenne, de trouble panique, d'agoraphobie et de personnalité limite décompensée. En particulier, l'expertise judiciaire a exclu que l'état de santé du recourant se soit amélioré dès octobre 2016, comme retenu par l'intimé. Les critiques émises par l'intimé et le SMR ne sont pas à même de remettre en cause la valeur probante de l'expertise judiciaire.

a. Le SMR estime tout d'abord que l'expert judiciaire n'a, à tort, pas analysé si la consommation de substances était primaire ou secondaire ; selon le SMR, cette consommation pourrait avoir provoqué l'épisode dépressif moyen, lequel était lui-même en partie responsable de la décompensation du trouble de la personnalité, de sorte qu'en cas de consommation primaire, aucun de ces deux diagnostics ne serait du ressort de l'AI.

A cet égard, l'expert judiciaire, tout en relevant qu'il n'était pas exclu qu'un déni de consommation rende difficile l'appréciation précise du trouble, a souligné que l'analyse de la CDT était dans les normes, tout comme les enzymes hépatiques, ce qui confirmait son impression que la problématique alcoolique n'était pas en avant-scène (expertise judiciaire p. 56) ; l'expert judiciaire a relevé que si le recourant semblait banaliser la consommation passée d'alcool, il paraissait authentique en ce qui concernait la consommation actuelle (expertise judiciaire p. 50) ; une certaine aversion à l'alcool semblait d'ailleurs liée au souvenir du père alcoolique ; l'exclusion du permis de conduire était, selon le recourant, liée à la médication psychotrope administrée ; elle n'était en tous les cas pas prouvée être en lien avec une consommation d'alcool (expertise judiciaire p. 56). Quant aux limitations fonctionnelles, elles ne relèvent pas d'une problématique liée à une consommation d'alcool ; tout au plus, l'expert mentionne un risque de rechute alcoolique en cas d'exposition à un stress émotionnel significatif (expertise judiciaire p. 64).

S'agissant de la consommation de cannabis, l'expert judiciaire relève qu'elle se limite à deux / trois joints par mois, en soirée, afin de mieux dormir, sans non plus qu'aucune limitation fonctionnelle n'ait été retenue relativement à cette consommation (expertise judiciaire p. 55/56). Par ailleurs, le Dr D_____, dans son rapport médical du 18 janvier 2018 (sic), a souligné qu'il n'avait jamais constaté de consommation pathologique d'alcool chez le recourant depuis son suivi, débuté en janvier 2014 et que la consommation de cannabis était épisodique, la nuit, ce qui confirme, si besoin est, les constatations et conclusions de l'expert judiciaire. Dans ces conditions, l'analyse du caractère primaire ou secondaire des consommations évoquées n'est pas pertinente.

Enfin, il y a lieu de relever que le SMR ne conteste pas la présence chez le recourant d'un état dépressif moyen et d'un trouble de la personnalité décompensé, la seule critique émise au sujet de ces deux diagnostics à l'égard de l'expertise étant

A/210/2018 - 27/31 - le défaut d'analyse du caractère primaire ou secondaire des consommations du recourant.

b. Le SMR reproche ensuite à l'expert judiciaire de ne pas avoir procédé à une évaluation médicale stricte, dès lors qu'il aurait pris en compte un manque de motivation du recourant pour une réhabilitation, et des facteurs extra médicaux (âge, manque de formation), lesquels n'étaient pas du ressort de l'AI. Il a estimé qu'il convenait de demander à l'expert judiciaire si le recourant pouvait travailler dans un emploi simple, avec peu d'interactions personnelles, dans une petite équipe.

A cet égard, l'expert judiciaire a relevé que le recourant présentait un désarroi psychique significatif, témoin d'un effondrement au niveau de la personnalité (expertise judiciaire p. 52) ; des décompensations thymiques majeures faisaient partie des antécédents (1999 et 2011, 2013) et la crise actuelle était de gravité moyenne, avec néanmoins une phase qualifiée d'équivalent suicidaire en 2017 (cessation du traitement et état somatique grave, avec un coma ; expertise judiciaire p. 53-54) ; le recourant souffrait de symptômes neurovégétatifs sporadiques qui convergeaient toutefois vers de véritables attaques de panique déclenchées par toute augmentation, même très légère, du degré d'anxiété (expertise judiciaire p. 54-55), ainsi que d'angoisses entraînant un évitement de files d'attente, grandes surfaces, transports publics ou ascenseurs. Le recourant était ainsi limité dans ses déplacements et ses contacts avec la foule ; il présentait une impulsivité, une susceptibilité relationnelle avec de l'agressivité (explosivité, avec des bagarres et des altercations à répétition), un repli social, un évitement du travail en équipe, une baisse de la motivation et une difficulté à adhérer à un emploi en raison d'un trouble identitaire, un faible seuil de frustration émotionnelle, des troubles de la concentration, une distraction, une immaturité, une labilité de l'humeur en présence de stress émotionnel même mineur et un risque de rechute alcoolique en cas de stress émotionnel significatif.

Ces limitations fonctionnelles motivent de façon convaincante l'incapacité totale de travailler du recourant, également dans une activité simple avec peu d'interactions interpersonnelles, dans une petite équipe, telle qu'invoquée par le SMR. Les considérations de l'expert quant à la difficulté pour une personne de 50 ans, atteinte psychiquement et sans qualifications professionnelles, d'accéder au marché de l'emploi (expertise judiciaire p. 70) ne remplacent pas l'évaluation strictement médicale effectuée par l'expert judiciaire pour motiver l'incapacité de travail du recourant. Celle-ci n'est ainsi pas justifiée, contrairement aux affirmations du SMR, par des facteurs extra-médicaux mais bien par des limitations

fonctionnelles clairement établies, les facteurs de l'âge et de l'absence de formation étant cités comme élément aggravant.

c. L'intimé estime que l'expert judiciaire n'est pas neutre et impartial.

A/210/2018 - 28/31 - L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet Jacques MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss, ainsi que François PAYCHERE, Le juge et l'expert - plaider pour une meilleure compréhension, page 133 ss, in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral du 13 juin 2005 - K 33/04). En l'occurrence, contrairement à l'avis de l'intimé, on ne saurait considérer que le fait de se renseigner sur les titres des médecins du SMR, lesquels n'ont, par ailleurs, pas effectué l'expertise psychiatrique dont l'expert judiciaire s'écarte, implique de la part de celui-ci un manque de neutralité ou d'impartialité, même si l'intimé a pu estimer la démarche intrusive ; il en est de même de la remarque de l'expert judiciaire selon laquelle il n'est pas étonnant que le médecin engagé par l'AI qualifie l'expertise de la Dresse F_____ de convaincante, dès lors que cette phrase se rapporte au fait que ledit médecin, comme tous ceux travaillant au SMR (selon les informations reçues par l'expert) ne disposait pas d'une spécialisation en psychiatrie et psychothérapie alors qu'il se prononçait sur la valeur probante d'une expertise psychiatrique ; il ne s'agit pas d'un jugement de valeur dépréciatif de la part de l'expert judiciaire, mais d'une position de principe de celui-ci selon laquelle une expertise psychiatrique ne peut être valablement appréciée par un médecin non psychiatre, qui plus est non titulaire du titre d'expert SIM. Or, même si cet avis n'est pas reconnu par la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 9C 711/2010 du 18 mai 2011), il ne saurait être qualifié de dépréciatif ou d'impartial. Enfin, l'expert judiciaire s'est écarté des rapports d'expertise de la Dresse F_____, en les critiquant de façon motivée et circonstanciée sur plusieurs points. Il a relevé que la Dresse F_____ avait mentionné au status plusieurs éléments qui confortaient les diagnostics posés retenus par les psychiatres traitants depuis de nombreuses années ; compte tenu du traitement en cours constaté par la Dresse F_____, celle-ci aurait à tout le moins dû mentionner un diagnostic d'état dépressif caractérisé en rémission complète, au lieu d'indiquer l'absence de tout

A/210/2018 - 29/31 - diagnostic ; il a relevé que l'anamnèse était lacunaire, sans mention de la décompensation de 1999, sans analyse et intégration des données ; il a souligné que, de façon contradictoire, la Dresse F_____ avait mentionné chez le recourant un trouble de la personnalité impliquant la nécessité d'une reprise professionnelle dans un milieu contenant, rassurant et sécurisant (complément d'expertise F_____ du 24 avril 2017), et avait aussi

relevé des éléments en faveur d'un tel trouble (expertise F_____ p. 5) mais avait curieusement nié tout diagnostic psychiatrique et toute limitation fonctionnelle. La Dresse F_____ s'était ainsi montrée excessivement optimiste quant à l'existence de ressources adaptatives résiduelles ; elle n'avait pas analysé l'impact de la consommation du cannabis, d'une éventuelle consommation d'alcool et de la médication psychotrope ; elle avait de façon peu claire refusé un entretien avec le psychiatre traitant, alors même qu'elle s'écartait complètement des constatations de celui-ci. Compte tenu de ces éléments, l'expert judiciaire a considéré que l'expertise de la Dresse F_____ n'avait pas de valeur probante. Contrairement à l'avis de l'intimé, l'expert judiciaire n'a pas émis de considérations dépréciatives à l'égard de la Dresse F_____ mais s'est limité à relever les lacunes et contradictions de l'expertise de celle-ci, étant par ailleurs relevé que ni l'intimé, ni le SMR n'ont contesté les critiques formulées par l'expert judiciaire à l'égard du rapport de la Dresse F_____. 15. Au vu des conclusions de l'expertise judiciaire, l'intimé ne pouvait retenir une amélioration de l'état de santé du recourant dès octobre 2016, l'incapacité de travail totale du recourant perdurant au-delà de cette date, de sorte que la rente entière d'invalidité allouée depuis le 1er septembre 2015 est due postérieurement au 31 décembre 2016. Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse réformée en ce sens. 16. a. Les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un Centre d'observation médicale de l'assurance- invalidité (COMAI) peuvent le cas échéant être mis à la charge de l'assurance- invalidité (cf. ATF 139 V 496 consid. 4.3). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décide de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estime que l'instruction menée par l'autorité administrative est insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervient dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituent pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1 bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui doivent être pris en charge par l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.2).

A/210/2018 - 30/31 - Cette règle, qu'il convient également d'appliquer dans son principe aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (voir par exemple arrêt du Tribunal fédéral 8C_71/2013 du 27 juin 2013 consid. 2). En revanche, lorsque l'autorité administrative a respecté le principe inquisitoire et fondé son opinion sur des éléments objectifs convergents ou sur les conclusions d'une expertise qui répondait aux réquisits jurisprudentiels, la mise à sa charge des frais d'une expertise judiciaire ordonnée

par l'autorité judiciaire de première instance, pour quelque motif que ce soit (à la suite par exemple de la production de nouveaux rapports médicaux ou d'une expertise privée), ne saurait se justifier (ATF 139 V 496 précité consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 6.3). b. En l'occurrence, le rapport d'expertise du 20 octobre 2016 de la Dresse F_____ comprenait des lacunes et contradictions que le complément d'expertise du 24 avril 2017, requis par l'intimé n'a ni comblées ni levées ; au contraire, ce dernier a mis en évidence les contradictions existant entre le constat, d'une part, d'un trouble de la personnalité présent chez le recourant et limitatif, dans le sens qu'il impliquait, selon l'experte, des mesures particulières dans le cadre de l'exigibilité d'une reprise d'emploi et, d'autre part, l'absence totale de diagnostic psychiatrique et de limitations fonctionnelles soulignée par l'experte. Dans ces conditions, une surexpertise était nécessaire, de sorte qu'il convient, conformément à la jurisprudence précitée, de mettre les frais d'expertise de CHF 14'078.- à la charge de l'intimé. 17. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 4'000.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/210/2018 - 31/31 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant À la forme :

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