

GE_GERICHTE ATAS/403/2020 vom 25. Mai 2020

GE Cour de justice, 2020-05-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_403_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/403/2020 du 25 mai 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/403/2020 del 25 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 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-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/3863/2019 - 17/26 -

E. 2

Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

E. 4

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. 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). 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. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125

V 351 consid. 3, ATF 122 V 157 consid. 1c). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les

A/3863/2019 - 18/26 - références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 5

Dans un arrêt relativement récent concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que 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. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. 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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (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

A/3863/2019 - 19/26 - 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 joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais 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 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 (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. 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 »

A/3863/2019 - 20/26 - 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 ses 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 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 (ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

E. 6

Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Il convient encore de préciser que 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 elle 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).

E. 7

Dans un arrêt de principe rendu en matière d'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés

A/3863/2019 - 21/26 - lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). On soulignera du reste que ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP 2016 p. 1214). Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de

l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

E. 8

Au sujet de l'expertise réalisée par le Dr C_____, sur laquelle l'intimé fonde le refus de prestations, la chambre de céans retient ce qui suit. S'agissant de la violation du droit d'être entendue alléguée par la recourante, il paraît douteux que la manière dont l'intimé a mis en œuvre l'expertise satisfasse entièrement aux exigences rappelées ci-dessus. En effet, il n'a pas indiqué l'identité de l'expert appelé à examiner la recourante, qui n'a pris connaissance de son identité que par le courrier du CEML. Celle-ci n'a ainsi pas pu se prononcer sur le choix du Dr C_____, à tout le moins dans un premier temps. En ce qui concerne l'expertise en tant que telle, les remarques suivantes s'imposent. Au plan formel, l'intégration du volet neuropsychologique réalisée par Mme D_____ dans le corps du rapport de l'expert psychiatre rend sa lecture malaisée, dès lors qu'il est difficile de distinguer les appréciations de ces deux intervenants. Sur le fond, il n'est pas fait mention d'un consilium entre ces experts, et il est incompréhensible que le Dr C_____ n'ait pas exposé les raisons pour lesquelles il ne reprenait pas l'incapacité de travail de 20 % admise par Mme D_____ en raison des troubles neuropsychologiques. Ce seul point suscite des doutes trop importants pour admettre la valeur probante de cette expertise. Pour le surplus, le Dr C_____ a pris connaissance du dossier de la recourante. Il a détaillé ses plaintes et son parcours personnel, et il a pris contact avec le psychiatre traitant. Ces volets de l'expertise ne prêtent ainsi pas flanc à la critique. Cependant, s'agissant du status, l'expert s'est contenté d'énumérer une liste de symptômes, sans guère décrire les constatations cliniques qui justifiaient de les retenir ou de les écarter. Sur ce point, son rapport est par trop bref et succinct pour satisfaire aux exigences de motivation d'une expertise psychiatrique. En effet, dès lors que le

A/3863/2019 - 22/26 - processus diagnostique de troubles de ce registre se fonde généralement sur des observations médicales, et que l'existence ou l'absence de ces troubles ne peut en principe pas être confirmée de manière irréfutable par des tests paracliniques, il est particulièrement important dans le contexte d'une expertise de détailler les critères et les observations cliniques justifiant les atteintes retenues. En ce qui concerne en particulier les diagnostics, le Dr C_____ a retenu une modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique (F 62.1). Il a évoqué dans ce cadre l'apparition de symptômes cliniques et une altération significative du fonctionnement social et professionnel. Or, il n'a pas du tout exposé la nature de ces symptômes, ni en quoi l'altération consistait. Il paraît du reste contradictoire de retenir une telle altération, alors même que l'expert considère par ailleurs que les troubles n'entraînent pas de limitation du fonctionnement au quotidien, et qu'il décrit un bon entourage social et familial. Il aurait également été nécessaire de détailler et dater « la gêne clinique et la détérioration dans les domaines social et professionnel » induite par cette atteinte, et de décrire son évolution, dès lors que l'expert exclut désormais toute incidence sur la capacité de travail de la recourante. En ce qui concerne le TDAH, le Dr C_____ a ici aussi fait référence à « un ensemble de

symptômes cliniques représentant plusieurs formes de désorganisation », sans non plus préciser quels étaient ces symptômes et comment ils ont évolué. Partant, son rapport, par trop vague, ne convainc pas. S'agissant du bilan neuropsychologique réalisé par Mme D_____, il détaille les résultats des tests pratiqués et ses conclusions sont motivées. Cette spécialiste s'est en outre prononcée sur les divergences par rapport à l'appréciation de Mme E_____, et a exposé de manière convaincante les raisons pour lesquelles elle ne s'y ralliait pas. Il faut du reste souligner ici que Mme E_____ n'a pas formellement diagnostiqué un trouble du déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH), puisqu'elle a évoqué une hypothèse. Partant, à ce stade de la procédure, il n'existe pas de motif de remettre en question les conclusions de Mme D_____. Les autres rapports médicaux versés au dossier ne suffisent pas non plus à déterminer la capacité de gain de la recourante. En ce qui concerne les rapports du Dr B_____, ils contiennent d'importantes contradictions quant à la capacité de travail de la recourante. Ce médecin retenait en effet une incapacité de travail totale en février 2018, tout en admettant la possibilité pour la recourante de travailler à mi-temps. Il est revenu sur cette appréciation en juin 2018, se fondant apparemment sur les informations fournies par la Dresse G_____. Son évaluation de la capacité de travail ne paraît ainsi pas dictée par ses propres observations cliniques. Cela semble également ressortir de ses critiques à l'encontre de l'expert, à qui il reproche de ne pas avoir tenu compte de ce que la recourante vit au quotidien. Or, de simples plaintes subjectives ne suffisent pas à fonder un diagnostic ou à justifier une incapacité de gain si elles ne sont pas corroborées par des éléments objectivement constatés. En outre, le psychiatre traitant fait remonter l'incapacité de travail totale de la recourante à

A/3863/2019 - 23/26 - 2008, soit à une période où il ne la suivait pas. Celle-ci a du reste travaillé jusqu'en 2010, ce qui tend également à infirmer l'appréciation du Dr B_____. Quant au rapport de la Dresse G_____ du 8 octobre 2019, il ne peut pas non plus se voir reconnaître valeur probante, dès lors qu'il ne comprend pas tous les éléments formels nécessaires. On notera en outre que son appréciation diverge de celle du Dr B_____, en tant qu'elle admet un syndrome de stress post-traumatique dès 1997. Par ailleurs, la gravité des troubles rapportée par ce médecin contraste avec l'absence de suivi régulier, à tout le moins au plan psychique, jusqu'à 2012. Enfin, il faut relever que les difficultés et les arrêts de travail qu'elle relate ont en grande partie une origine somatique.

E. 9

a) Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

A/3863/2019 - 25/26 - b) Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

E. 10

a) Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ? b) Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ? c) Pour le cas où il y aurait refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible : cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la recourante à reconnaître sa maladie ? d) La recourante a-t-elle fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? La compliance est-elle bonne ? e) Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

E. 11

Les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel mais aussi personnel) ? Quel est le niveau d'activité sociale et comment a-t-il évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

E. 12

a) Existe-t-il un trouble de la personnalité ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ? Quelles sont ses répercussions fonctionnelles (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité, motivation, notamment) sur la capacité à gérer le quotidien, à travailler et/ou en termes d'adaptation ? Motivez votre position. b) De quelles ressources mobilisables la recourante dispose-t-elle ? c) Quel est le contexte social ? La recourante peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? d) Dans l'ensemble, le comportement de la recourante vous semble-t-il cohérent ? Pourquoi ?

E. 13

Mentionner, pour chaque diagnostic posé, les limitations fonctionnelles qu'il entraîne, a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée.

E. 14

Mentionner globalement les conséquences des divers diagnostics retenus sur la capacité de travail de la recourante, en pourcent, a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée.

E. 15

Indiquer la diminution du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels.

E. 16

Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, le cas échéant, indiquer l'évolution de son taux et décrire son évolution.

E. 17

Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée, indiquer depuis quand une telle activité est exigible et quel est le domaine d'activité adapté.

E. 18

Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.

E. 19

Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

E. 20

Commenter et discuter les avis médicaux du SMR, des experts s'étant déjà prononcés et des médecins traitants et indiquer - cas échéant - pour quelles raisons ces avis sont confirmés ou écartés.

E. 21

Formuler un pronostic global. Indiquer si des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables.

E. 22

Faire toute remarque utile. E. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

La greffière

Julia BARRY

La présidente

Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le

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