

GE_GERICHTE ATAS/41/2015 vom 23. Januar 2015

GE Cour de justice, 2015-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_41_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/41/2015 du 23 janvier 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/41/2015 del 23 gennaio 2015

Erwägungen

E. 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 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.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, et plus particulièrement sur son degré d'invalidité.

E. 5

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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

A/797/2014 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

E. 6

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 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2)

E. 7

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou

- 13/26-

A/797/2014 leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une

composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, 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,

- 14/26-

A/797/2014 ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

E. 8

Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à

l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (ATF non publié 9C_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATFA non publié I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF non publié 9C_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279, consid. 3.2.3).

E. 9

D'après une jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance- invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique

- 15/26-

A/797/2014 qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268 ; ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2). En tant qu'elle n'est ni la cause, ni la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie, la dépendance constitue une affection primaire non constitutive d'invalidité (ATF non publié 9C_219/07 du 3 avril 2008, consid. 3). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATFA non publié I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_960/2009 du 24 février 2010 consid. 2.2; 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2 ; sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités ; ATF 9C_72/12). L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic a été posé *lege artis* - ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan

juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il est nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribue pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (cf. arrêt I 731/02 du 25 juillet 2003, consid. 2.3).

E. 10

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

- 16/26-

A/797/2014 qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 11

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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invaliden- versicherung, Zurich 1997, p. 8). 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, 105 V 158 consid.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 261 consid. 4, 115 V 134

consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de

- 17/26-

A/797/2014 travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

E. 12

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

E. 13

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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

- 18/26-

A/797/2014 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant 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).

E. 14

En l'espèce, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations AI, considérant, sur la base de l'expertise réalisée par des médecins de la CRR le 30 septembre 2013, qu'elle présentait une capacité de travail entière dans toute activité.

E. 15

Il s'agit préalablement de déterminer si l'expertise des Drs F_____, G_____ et H_____, de la CRR, datée du 30 septembre 2013, a ou non valeur probante. a) Le Dr E_____, dans son rapport du 20 juillet 2012, indique que l'assurée souffre d'ostéoporose et de troubles du rachis et des genoux, de sorte qu'elle ne peut exercer aucune activité lucrative où elle devrait être accroupie, à genoux, soulever et porter des charges, monter sur une échelle, un échafaudage ou des escaliers. L'expert rhumatologique ne mentionne pas ces diagnostics et ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle. Il se borne à poser à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, celui d'état douloureux chronique diffus s'accompagnant de cervicalgies, de possible syndrome rotulien droit et d'ostéopénie, étant précisé que les documents d'imagerie ne permettaient pas d'objectiver une quelconque lésion spécifique dans ce cadre. Aussi les experts n'ont-ils retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail sur le plan somatique, et indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux. Ils ont toutefois écarté la

- 19/26-

A/797/2014 présence d'une comorbidité psychiatrique grave et considéré que les critères jurisprudentiels, soit une perte totale d'intégration sociale, une absence de rémission désespérante malgré un traitement adapté, et un état psychique cristallisé, n'étaient pas présents et ont dès lors conclu au caractère non invalidant de ce trouble. b) Selon le Dr D_____, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent actuellement d'intensité moyenne, d'un trouble hypocondriaque, d'agoraphobie et d'un trouble de la personnalité émotionnelle labile de type borderline ou d'un trouble de la personnalité anxieuse ou évitante avec des traits dépendants. Les experts n'ont pas retenu d'état dépressif caractérisé, au motif que la dépression chronique diagnostiquée par le Dr D_____ n'avait jamais nécessité une hospitalisation, ni même un traitement médicamenteux très consistant, ni en général un suivi spécialisé, le médecin traitant se contentant d'une psychothérapie de

soutien. Ils ont expressément exclu le diagnostic d'agoraphobie, au motif que « les accès anxieux que l'assurée décrit n'ont pas l'intensité paroxystique d'une attaque de panique ». Quant au trouble de la personnalité anxieuse ou évitante, ils ont rappelé que dans son rapport du 15 décembre 2010, le Dr D _____ faisait état d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline depuis l'adolescence, mais ne reprenait pas ce diagnostic dans son courrier du 4 novembre 2011, le remplaçant par celui de trouble de la personnalité anxieuse ou évitante. Les experts ont ainsi nié le bien-fondé des diagnostics posés par le Dr D _____. Ils considèrent quant à eux que l'assurée ne présente pas un trouble de la personnalité de dimension morbide, et concluent à une toxicodépendance primaire ne constituant pas en soi une invalidité. L'expert psychiatre constate toutefois que « la toxicomanie présente depuis l'adolescence et la vie un peu marginale qu'elle a menée, posent la question d'un trouble de la personnalité. Toutefois, ni l'anamnèse, ni l'observation, n'amènent d'élément attestant de perturbations sévères au niveau de la constitution caractérologique et des tendances comportementales. La perception de soi et d'autrui, le mode de pensée, l'affectivité et la façon d'entrer en relation et de gérer les relations interpersonnelles ne comportent pas chez elle un caractère déviant, notamment des normes socio-culturelles, et entraînant inévitablement des difficultés personnelles et sociales considérables. (...) Seul le contrôle des impulsions et la satisfaction des besoins apparaît très perturbé, ce qui contribue à décrire la toxicomanie et qui ne suffit pas à définir un trouble de la personnalité. Cependant, si les réquisits diagnostiques pour un trouble de la

- 20/26-

A/797/2014 personnalité ne sont pas satisfaits dans ce cas, on peut admettre qu'il existe chez elle des traits accentués de la personnalité qui, sans franchir le seuil pathologique, peuvent néanmoins contribuer à la mettre en difficulté au niveau de social et donc professionnel. (...) Même s'il est difficile d'établir avec certitude un diagnostic de personnalité sur un aussi court laps de temps et avec des informations biographiques lacunaires, il est possible de dire que l'assurée ne présente pas en dehors de la toxicomanie, un trouble sévère et décompensé qui seul pourrait entrer en ligne de compte au niveau des questions posées ». Ainsi, quand bien même il estime que la capacité de travail est entière, quelle que soit l'activité envisagée, il reconnaît que les troubles dont l'assurée souffre peuvent contribuer à la mettre en difficulté au niveau du social et donc professionnel, soulignant qu'« une reprise d'activité professionnelle au niveau du secteur économique paraît aujourd'hui assez illusoire ». Il conclut par ailleurs à un pronostic réservé. Selon l'expert, le fait que le contrôle des impulsions et la satisfaction des besoins apparaisse très perturbé ne suffit pas à définir un trouble de la personnalité. Cependant, il admet qu'il existe chez l'assurée des traits accentués de la personnalité qui, sans franchir le seuil pathologique, peuvent néanmoins contribuer à la mettre en difficulté au niveau du social et donc professionnel. L'expert psychiatre a qualifié la toxicodépendance de primaire, au motif qu'« on ne retrouve aucun trouble psychiatrique grave pour lequel on puisse considérer que le syndrome de dépendance observé en est une conséquence induite ». Il n'a toutefois pas expliqué pourquoi il arrive à cette conclusion. Il se contente en effet d'indiquer que « nous ne retrouvons pas chez l'assurée un trouble de la personnalité de dimension morbide qui seul pourrait être pris en compte dans cette discussion. Nous relevons donc que dans ce cas, on ne retrouve aucun trouble psychiatrique grave pour lequel on puisse considérer que le syndrome de dépendance observé en est une conséquence induite. Dans ce cas, la consommation de ces substances multiples qui a conduit à un syndrome de dépendance

(toxicomanie) doit donc être considérée comme primaire ». Or, il admet qu'un abus de substances psychoactives est souvent partie de l'expression du trouble borderline, mentionné par le Dr D_____. La chambre de céans constate ainsi plusieurs incohérences dans ses propos. La chambre de céans peine par ailleurs à comprendre le terme de « singularité » donné à des abus sexuels subis pendant l'enfance et au profond rejet du père. L'expert n'explique pas de façon convaincante pourquoi la toxicomanie de l'assurée ne devrait pas être considérée comme secondaire et non primaire.

- 21/26-

A/797/2014 Force est de constater, au vu de ce qui précède, que l'expert reconnaît qu'il s'agit d'un cas limite, qu'il est difficile d'établir avec certitude un diagnostic de personnalité sur un aussi court laps de temps et avec des informations biographiques lacunaires, mais écarte tous les diagnostics posés par le Dr D_____ et ne discute notamment pas la question de savoir si la toxicomanie n'aurait pas été favorisée par la vulnérabilité psychique présentée dès l'enfance au vu des violences subies (ATAS/1190/2011), de sorte qu'on ne sait finalement pas ce qu'il en est. c) Il y a enfin lieu de relever que l'examen neuropsychologique a montré des difficultés cognitives légères, dans le domaine du calcul et de l'écriture, un ralentissement affectant spécifiquement l'aspect lexical, et un léger déficit de mémoire verbale. Selon la Dresse I_____ : « Si l'on ne peut exclure que ces déficits soient la conséquence de l'abus antérieur de drogues dures, la dyscalculie et la dysorthographe évoqueraient plutôt une origine développementale ce que corroborent les difficultés scolaires signalées par l'assurée. Quoi qu'il en soit, ils ne renforcent pas l'hypothèse d'un trouble cognitif secondaire à la dépression. Par ailleurs, ils seraient susceptibles de limiter l'accès de l'assurée à certaines formations professionnelles, mais seraient sans impact dans une activité simple ». La chambre de céans considère, au vu de ce qui précède, que la cause n'est pas en état d'être jugée.

E. 16

Déterminer si la polytoxicomanie est la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie ou si elle a provoqué une atteinte à la santé invalidante (dépendance primaire ou secondaire ?).

E. 17

Apprécier et commenter les conclusions des Drs G_____ et D_____, ainsi que celles du SMR du 29 octobre 2013.

E. 18

Formuler un pronostic global, toute remarque utile ou proposition. 3. Commet à ces fins le Dr L_____ ;

- 26/26-

A/797/2014 4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans ; 5. Réserve le fond ;

La greffière

Nathalie LOCHER

La Présidente

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

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