

GE_GERICHTE ATAS/434/2020 vom 2. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_434_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/434/2020 du 2 juin 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/434/2020 del 2 giugno 2020

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 - E 2 05), 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

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).

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2017.

A/2326/2019 - 15/30 -

E. 5

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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, mentale ou psychique 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). 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. 28 al. 2 LAI).

E. 6

a. 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). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). 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 ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril

A/2326/2019 - 16/30 - 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). 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, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. 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, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement; consid. 4.4)

A/2326/2019 - 17/30 - Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Le « complexe personnalité » englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). 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). c. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une telle évaluation si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va notamment ainsi lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable, ou si l'existence d'une incapacité de travail est niée de manière convaincante par un avis médical spécialisé ayant pleine valeur probante et que les éventuels avis contraires peuvent être écartés faute de pouvoir se voir conférer une telle valeur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). L'organe chargé de l'application du droit doit avant de procéder à l'examen des indicateurs mentionnés analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2). Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

A/2326/2019 - 18/30 - 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. À 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 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).

A/2326/2019 - 19/30 - 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 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 assécurologique 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

A/2326/2019 - 20/30 - 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).

E. 7

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

E. 12

a. Le recourant a adhéré aux conclusions de l'expertise judiciaire, alors que l'intimé les conteste.

A/2326/2019 - 23/30 - A cet égard, il convient de constater que les griefs émis par l'intimé à l'encontre du rapport d'expertise judiciaire ne sont pas à même de mettre en doute la valeur probante de celui-ci. b/aa. Le SMR estime que les critères pour retenir un trouble dépressif

ne sont pas présents chez le recourant. Selon la CIM-10 (GM 2018) dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression: léger (F32.0), moyen (F32.1) ou sévère (F32.2, F32.3), le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits somatiques, par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif: léger, moyen et sévère. L'épisode dépressif léger (F 32.0) est défini comme comprenant au moins deux ou trois des symptômes précités, lesquels s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse mais le sujet reste le plus souvent capable de poursuivre la plupart de ses activités. En l'occurrence, l'expert a relevé que le recourant avait présenté un épisode dépressif de gravité sévère (en mai 2016), puis de gravité moyenne (en novembre 2016) et finalement de gravité légère (en 2018). Il a constaté chez le recourant une difficulté à se réjouir, une anhédonie partielle, une perte d'élan vital favorisant l'épuisement, une fatigabilité, une anticipation anxieuse et pessimiste de l'avenir avec des phases d'abattement, un sentiment d'inutilité, une baisse de la motivation avec difficulté à démarrer une activité, des troubles du sommeil globaux, de l'insomnie avec une fatigue diurne et de la fatigabilité, (expertise GIL pp. 43, 48, 49, 55 et 62). Les critères pour retenir un trouble dépressif léger sont donc présents. b/bb. Le SMR conteste le diagnostic d'anxiété généralisée (F41.4 - CIM-10-2008). Celui-ci est défini comme comprenant des symptômes essentiels variables, mais l'intéressé se plaint de nervosité permanente, de tremblements, de tension musculaire, de transpiration, d'un sentiment de tête vide, de palpitations, d'étourdissements et d'une gêne épisodique. L'intéressé a souvent peur que lui-même ou un de ses proches tombe malade ou ait un accident.

A/2326/2019 - 24/30 - Selon la DSM-5, l'anxiété généralisée (300.02) comprend les critères diagnostiques suivants : A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins six mois concernant un certain nombre d'évènements ou d'activités (telles que le travail ou les performances scolaires). B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation. C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes ont été présents la plupart du temps durant les six derniers mois) : 1. Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout. 2. Fatigabilité. 3. Difficultés de concentration ou trous de mémoire. 4. Irritabilité. 5. Tension musculaire. 6. Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant). D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse ou une altération cliniquement significatives du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou d'une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie). F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple anxiété ou souci d'avoir une autre

attaque de panique) dans le trouble panique, évaluation négative dans l'anxiété sociale [phobie sociale], contamination ou autres obsessions dans le trouble obsessionnel-compulsif, séparation des figures d'attachement dans l'anxiété de séparation, souvenirs d'événements traumatiques dans le trouble stress post-traumatique, prise de poids dans l'anorexie mentale, plaintes somatiques dans le trouble à symptomatologie somatique, défauts d'apparence perçus dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, avoir une maladie grave dans la crainte excessive d'avoir une maladie, ou teneur de croyances délirantes dans la schizophrénie ou le trouble délirant). En l'occurrence, l'expert a relevé chez le recourant une inquiétude morbide de base, des soucis démesurés notamment pour des problèmes par rapport à ses enfants (expertise O_____ p. 41), une fixation avec une amplification des préoccupations mineures, une anxiété importante, une irritabilité, voire une explosivité, des insomnies, une fatigue diurne et un abattement pouvant durer plusieurs jours, de sorte que l'expert, même en l'absence de troubles somatiques objectivés, exigé comme critères diagnostics dans la CIM-10 (tels que tremblement, tension musculaires, transpiration, palpitation, étourdissement et gêne épisodique) a estimé que le recourant présentait une anxiété généralisée, conclusion qui peut être confirmée, au vu des critères diagnostiques précités du DSM-5. Au surplus, l'intimé a lui-même reconnu, à la suite de l'expertise du Dr I_____, la présence d'un trouble anxieux et dépressif mixte chez le recourant (avis du SMR du 19 juillet 2018), étant relevé que le Dr O_____ a expliqué que la symptomatologie anxieuse décrite par le Dr I_____ avait été minimisée par celui-ci. En effet, le Dr O_____ a indiqué que le test qu'il avait lui-même pratiqué d'héro-évaluation de Hamilton avait mis en évidence une anxiété psychique pathologique (expertise

A/2326/2019 - 25/30 - O_____ p. 41), laquelle était déjà présente lors du test mené par le Dr I_____ ; celui-ci avait mentionné une tension psychique telle qu'une fatigue intense s'installait, le recourant étant submergé par le stress, irritable, vite contrarié et ruminant ses frustrations de jour comme de nuit (expertise O_____ p. 67), ce qui va dans le sens du diagnostic posé par le Dr O_____. Enfin, contrairement à l'avis du SMR, les symptômes de l'anxiété présents chez le recourant ne se produisent pas principalement dans le contexte professionnel mais aussi privé (anxiété et irritabilité excessive dans la sphère familiale, souvent en rapport aux enfants ; expertise GIL pp. 41 et 49). Le diagnostic d'anxiété généralisée doit ainsi être admis. b/cc. S'agissant du bilan neuropsychologique, contrairement à l'avis du SMR, l'expert a bien intégré son résultat dans son évaluation, dès lors qu'il n'a pas retenu les troubles de la mémoire comme limitation fonctionnelle et a estimé que le recourant présentait des troubles cognitifs subjectifs (expertise O_____ pp. 49 et 55). b/dd. S'agissant du trouble de la personnalité, le SMR estime qu'il n'est pas incapacitant, le recourant ayant pu effectuer une formation professionnelle, évoluer, rebondir professionnellement et fonder une famille. Or, selon l'expert, les ressources évoquées par l'intimé étaient présentes antérieurement à la décompensation incapacitante de mai 2016, mais plus ensuite. A cet égard, l'expert a expliqué que jusqu'à la décompensation de 2016 le recourant avait montré d'importantes capacités adaptatives, en surmontant cinq années de maladie prolongée (suite à la morsure à la main par un chat en 2010), ayant nécessité onze opérations et entraîné un handicap permanent à la main dominante. Il avait en effet retrouvé un emploi à 100 % comme cadre qualifié et avait fait sa place dans l'entreprise, en assumant un rôle à responsabilité ; il avait aussi, du point de vue familial, été capable de soutenir son épouse, malade psychologiquement et élever ses trois enfants, dont un souffrait de troubles du développement ; il s'était investi dans plusieurs hobbies et avait une vie sociale. Il présentait des traits morbides de type limite, une fragilité

affective induite par des carences affectives précoces qu'il était parvenu à contenir jusqu'en 2016 ; il avait développé, au cours de son parcours de vie privée et professionnelle un sentiment d'injustice et d'abandon. Il avait présenté un état de choc en mai 2016 puis un état de crainte permanente, terrain fertile du trouble anxieux et dépressif persistant devenu chronique ; sa personnalité s'était transformée et il n'avait plus pu assumer son travail à responsabilités, nécessitant un cadre rassurant et rigide afin de maintenir un équilibre fragile. La décompensation de 2016 avait engendré des séquelles durables dues aux traits décompensés de la personnalité. Au vu de ce qui précède, les ressources évoquées par le SMR, si elles existaient de façon marquées avant mai 2016 (l'expert évoquant même une progression impressionnante du recourant, lui ayant permis de surmonter ses problèmes et de

A/2326/2019 - 26/30 - recouvrer une capacité de travail partielle), ont disparus au delà, le recourant étant dans l'incapacité de rebondir, malgré sa volonté. b/ee. Le caractère incapacitant de l'affection psychique, contesté par le SMR, a été motivé par l'expert de façon circonstanciées. Il a en effet relevé ce qui suit : bien que cliniquement on puisse avoir l'impression de faire face à un tableau de gravité légère, cette apparence est trompeuse. L'état dépressif léger est associé à une anxiété généralisée et, surtout, à une nette fragilisation de la personnalité. Cette association entre une atteinte thymique-anxieuse et une décompensation de la personnalité est de nature à créer un cercle vicieux dans lequel chaque trouble entretient voire amplifie l'autre. Le fait que la personnalité soit décompensée prive l'assuré de ressources et l'empêche de rebondir, malgré sa volonté. Dans le cas de l'assuré, il ne s'agit pas d'exiger de lui une capacité de travail partielle à 50 % dans un emploi adapté. Il a déjà fait l'effort exigible pour assumer ce challenge. Pour en assumer davantage, et notamment travailler à plein temps, il lui faut des ressources dont il ne dispose pas. b/ff. Le SMR estime que l'examen des indicateurs jurisprudentiels conclut à l'absence d'atteinte sévère à la santé. L'analyse de ces indicateurs jurisprudentiels permet, au contraire, de suivre les conclusions de l'expert quant à une capacité de travail du recourant réduite à 50 % : Préalablement les troubles psychiques diagnostiqués résistent aux motifs d'exclusion, tels qu'une exagération et d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie, le recourant étant perçu comme totalement authentique et ayant même de la peine à exprimer ses troubles (expertise O_____ p. 57). S'agissant de l'atteinte à la santé, les diagnostics posés ont été étayés et les limitations fonctionnelles décrites sont reliées aux diagnostics, plus précisément à l'interaction de ceux-ci (expertise O_____ p. 59). On peut en déduire un degré de gravité encore important de la maladie, nonobstant l'évolution positive depuis la décompensation de 2016, laquelle avait engendré un trouble psychique sévère (expertise GIL p. 56). S'agissant du traitement, le recourant est très investi dans son suivi psychothérapeutique (entretien avec une psychologue et un psychiatre depuis le début de la maladie) et a été compliant au traitement médicamenteux composé de deux antidépresseurs (lequel a permis une rémission des symptômes), jusqu'à sa cessation, en novembre 2018, en raison d'effets secondaires indésirables, ce qui ne saurait être interprété comme un refus du traitement. On ne saurait en effet admettre, à la suite du SMR, que la cessation du traitement médicamenteux (qui a engendré la prise de poids de 60 kg ainsi que d'autres effets secondaires indésirables chez le recourant) et un suivi psychothérapeutique diminué (mais néanmoins maintenu à un rendez-vous hebdomadaire alors qu'il était très intensif au début de la maladie) est un indice d'une atteinte non sévère à la santé. Il y a dans

A/2326/2019 - 27/30 - ces conditions lieu d'admettre que le recourant s'est soumis aux traitements adéquats avec motivation. L'expert préconise l'instauration d'un traitement antidépresseur, lequel ne serait toutefois à même d'augmenter que très partiellement la capacité de travail du recourant (de 50 à 60 %) et dont il conviendra, pour l'intimé, d'examiner l'exigibilité. En effet, l'expert relève que le recourant a cessé le traitement médicamenteux en raison d'effets secondaires (crainte de prendre du poids, d'un changement de personnalité, de troubles de la libido) et qu'il a une conception négative d'un tel traitement. Il est à cet égard rappelé que l'art. 21 al. 4 LPGA prévoit que les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Il incombera ainsi à l'intimé d'évaluer l'exigibilité d'un tel traitement. S'agissant de l'indicateur comorbidité, l'expert a souligné l'interaction des troubles psychiatriques comme facteur aggravant ; l'état dépressif léger, associé à une anxiété généralisée et à une nette fragilisation de la personnalité, crée un cercle vicieux dans lequel chaque trouble entraîne, voire amplifie l'autre. La décompensation de la personnalité déclenche l'atteinte thymique et anxieuse et la persistance chronique de l'état dépressif interagit avec la personnalité et aggrave les traits morbides tels que la méfiance, le repli social, la conduite obsessionnelle. Un effort est exigible du recourant mais l'expert a estimé qu'il était déjà réalisé par l'activité exercée à un taux de 50 %. S'agissant du complexe personnalité, l'expert a retenu des traits de personnalité limite (abandonnique) décompensés qu'il a motivé de façon convaincante. En relation au complexe contexte social, l'expert a souligné que la dépression majeure développée en 2016 n'a rien à voir avec le registre psychosocial mais avec une problématique affective, la perte de l'épouse, compliquée par un sentiment de spoliation matérielle et de punition, se cherchant avec une problématique professionnelle. Quant au contexte de vie du recourant, l'expert a souligné que ce dernier a relativement peu de réseau social et semble plus solitaire que d'habitude, avec une relation sentimentale peu investie et des enfants engendrant une préoccupation permanente, qui étaient une charge plutôt qu'un appui. Le recourant voit une fois par semaine un ami mais il se décrit comme un grand solitaire, ce qui a été confirmé par une voisine et le psychiatre traitant qui a attesté, en mars 2017, d'un important retrait social.

A/2326/2019 - 28/30 - Du point de vue des ressources, selon l'expert le recourant a ainsi une capacité adaptative très réduite, des ressources psychiques résiduelles faibles, un réseau social pauvre avec une difficulté à investir sa relation affective de couple, et des enfants qui sont une charge à soutenir et non un appui. A cet égard, les ressources intensives, citées par le SMR et qui ont permis au recourant de reprendre une activité professionnelle, ont été mobilisées après l'accident du 3 avril 2010 et avant la décompensation psychique de mai 2016. Certes, le recourant voit sa psychologue, vu le traitement entrepris et des clients, vu l'activité lucrative partielle exercée, ce qui ne peut, contrairement à l'avis du SMR être interprété comme des indices déterminants de l'existence d'une vie sociale. Au demeurant, le recourant est décrit comme très motivé à exercer une activité lucrative, ayant mobilisé toutes les ressources psychiques disponibles pour retrouver une activité adaptée à son état

de santé, comme monteur, à la place de son activité antérieure de chef de projets, étant relevé qu'il a déjà montré de grandes capacités adaptative en retrouvant un emploi à la suite de son accident ayant entraîné de multiples opérations, une importante séquelle à la main dominante et une longue incapacité totale de travail. L'expert relève que le recourant tient à son travail et n'a pas de revendication pécuniaire. Enfin, le recourant gère son quotidien d'un point de vue administratif, tenue du ménage et éducation des enfants, ce qui n'est pas contesté, étant rappelé que le recourant possède une capacité de travail de 50 %, confirmée par l'expert, lequel a effectivement reconnu une capacité du recourant à se gérer lui et sa famille. S'agissant enfin de la cohérence, l'expert mentionne que le tableau clinique est parfaitement cohérent, sans atypie, que l'évolution de l'état de santé depuis la décompensation de 2016 est favorable, alors qu'on pouvait plutôt s'attendre à une évolution chronique et l'apparition d'une invalidité totale, et la récupération d'une capacité de travail partielle est impressionnante. Le recourant est parfaitement authentique. Il n'y a pas de discordance entre les plaintes et le comportement. Les limitations constatées dans le domaine professionnel se retrouvent dans les autres domaines de la vie, dès lors que le recourant a une vie sociale très réduite, est devenu solitaire, présente une diminution du plaisir dans les hobbies et a besoin de faire des siestes lorsqu'il ne travaille pas, étant même quasiment incapable de faire quoi que ce soit un jour par semaine. c. Au vu de ce qui précède, le caractère invalidant des troubles psychiques présentés par le recourant doit être admis, dans le sens que l'activité lucrative exercée, laquelle est adaptée, n'est exigible qu'à un taux de 50%.

E. 13

Le calcul du degré d'invalidité du recourant, opéré par l'intimé pour la période du

E. 15

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'500.- sera accordée au recourant à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; 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/2326/2019 - 30/30 - 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.