

GE_GERICHTE ATAS/460/2024 vom 17. Juni 2024

GE Cour de justice, 2024-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_460_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/460/2024 du 17 juin 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/460/2024 del 17 giugno 2024

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

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 3.1

Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. Dans le cadre de cette révision, l'art. 17 LPGA a notamment été adapté. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1er janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

A/1888/2023 - 7/20 - La réglementation légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGA) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (cf. arrêt du Tribunal fédéral

8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.2).

E. 3.2

En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue après le 1er janvier 2022, mais la modification des circonstances alléguée par le recourant serait survenue avant cette date, par conséquent, les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 4

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière d'invalidité, plus particulièrement sur sa capacité de travail et son évolution depuis la dernière décision entrée en force qui lui octroyait une rente entière dès 1er avril 2019 et une demi-rente dès le 1er mars 2020. Le recourant se plaint essentiellement d'une aggravation de son état de santé sur le plan psychique dès 2021, suite au départ de son épouse et de leurs enfants du domicile familial.

E. 4.1

Avec répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

E. 4.2

L'état de santé de l'assuré s'est-il aggravé ou amélioré par rapport à celui qu'il était au moment de la dernière décision entrée en force, soit le 18 septembre 2020 (prière de motiver votre réponse).

E. 4.3

Sans répercussion sur la capacité de travail (en mentionnant les dates d'apparition)

E. 4.4

Quel est le degré de gravité de chacun des troubles diagnostiqués (faible, moyen, grave) ?

E. 4.5

Depuis quand les différentes atteintes sont-elles présentes ?

A/1888/2023 - 18/20 -

E. 4.6

Les plaintes sont-elles objectivées ?

E. 4.7

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) ?

E. 4.8

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ?

E. 4.9

Dans l'ensemble, le comportement de l'assuré vous semble-t-il cohérent ? 5. Quelles sont les limitations fonctionnelles ? Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec

chaque diagnostic psychiatrique (en mentionnant leur date d'apparition) :

E. 5.1

Dans l'activité habituelle ?

E. 5.2

Dans une activité adaptée ?

E. 5.3

Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée).

E. 5.4

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. 5.4.1

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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). En 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et 143 V 418 consid. 6 et 7). 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).

E. 5.4.2

Il convient dorénavant 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

A/1888/2023 - 10/20 - fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources), à l'aide des indicateurs développés par le Tribunal fédéral suivants : 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. 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. Il convient encore d'examiner le succès du traitement et de la réadaptation ou la 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. 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 psychique avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel n'est pas une comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Il convient ensuite 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. Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles ne doivent 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 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.

A/1888/2023 - 11/20 - Il s'agit, encore, 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 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. Il faut examiner ensuite la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, pour 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 indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée.

E. 5.4.3

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. 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). Ce diagnostic doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. Il suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les difficultés décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses difficultés dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. ATF 131 V 49 consid. 1.2).

A/1888/2023 - 12/20 -

E. 5.5

Quelle sont les limitations globales de l'assurée (en tenant compte des conclusions de l'expert rhumatologue, le Dr E_____, du 7 décembre 2022. a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée. 6. Traitement

E. 5.6

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 5.7

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une

A/1888/2023 - 14/20 - expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 6.1

Quels ont été les traitements entrepris et avec quel succès (évolution et résultats des thérapies) ?

E. 6.2

L'assuré a-t-il fait preuve de résistance à l'égard des traitements proposés ? Qualifier la compliance ?

E. 6.2.1

Le Dr F_____ a émis de sérieux doutes sur la compliance médicamenteuse du recourant, car il prenait son antidépresseur dans l'après-midi, alors que celui-ci avait des effets stimulants. Dans la mesure où le recourant avait indiqué à l'expert qu'il prenait le Cymbalta pour calmer ses angoisses, il a donné une explication crédible à ce sujet, de sorte qu'il apparaît discutable de retenir des doutes sur sa compliance pour ce motif. De même, le fait qu'il ne prenait pas tous les jours un somnifère tel que le Stilnox, qui est utilisé pour les insomnies sévères et qui est déconseillé à long terme (www.creapharma.ch/medicaments-suisse/stilnox) ne permettait pas à l'expert de retenir une absence de compliance, sans plus de motivation. Le recourant a d'ailleurs expliqué à la chambre de céans que s'il prenait un somnifère, il n'arrivait pas à se lever à 8h et qu'il loupait souvent ses rendez-vous médicaux quand ils étaient le matin, ce qui pouvait expliquer qu'il évite d'en prendre.

E. 6.2.2

L'expert a indiqué que les consultations avec la Dre D_____ n'étaient pas régulières dans son « appréciation du cas, » et qu'elles oscillaient entre tous les 15 jours et un mois, ce qui apparaît contraire à ce qu'il avait noté précédemment « sous habitudes », à savoir que la fréquence des consultations avec la Dre D_____ était d'une fois tous les quinze jours jusqu'à leur espacement récent à un mois. La fréquence des consultations n'apparaît ainsi pas irrégulière.

E. 6.2.3

Les rapports établis les 29 novembre 2021 et 18 avril 2022 par la Dre D_____ doivent se voir reconnaître une certaine force probante, dès lors que ce médecin suit le recourant de manière régulière, étant rappelé que l'intimé s'est fondé sur l'appréciation de la Dre D_____ pour retenir dans sa décision du 18 septembre 2020. Ils remettent suffisamment en cause le rapport de l'expert psychiatre pour qu'il se justifie de faire procéder à une nouvelle expertise psychiatrique.

A/1888/2023 - 16/20 -

E. 6.3

Dans quelle mesure les traitements ont-ils été mis à profit ou négligés ?

A/1888/2023 - 19/20 -

E. 6.4

Les troubles psychiques constatés nécessitent-ils une prise en charge spécialisée ?

E. 6.5

Nécessitent-ils un traitement psychotrope ? si oui, effectuer un dosage sanguin.

E. 6.6

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 l'assuré à reconnaître sa maladie ou à une autre raison ?

E. 7

Ressources

E. 7.1

De quelles ressources mobilisables l'assuré dispose-t-il ? (en tenant compte des conclusions du Dr E_____).

E. 7.2

Est-ce que l'assuré présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence ou une altération des capacités inhérentes à la personnalité ?

E. 7.3

Si oui, 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) ?

E. 7.4

Quel est le contexte social ? L'assuré peut-elle compter sur le soutien de ses proches ?

E. 8

Capacité de travail

E. 8.1

Quelle est la capacité de travail (en lien avec les diagnostics psychiatriques retenus) et son évolution depuis la dernière décision entrée en force, soit le 18 septembre 2020 (prière de

motiver votre réponse). a) dans l'activité habituelle, b) dans une activité adaptée.

E. 8.2

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. 8.3

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

E. 8.4

Si une diminution de rendement est retenue, celle-ci est-elle déjà incluse dans une éventuelle réduction de la capacité de travail ou vient-elle en sus ?

E. 8.5

Serait-il possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales ? Indiquer quelles seraient les propositions thérapeutiques et leur influence sur la capacité de travail.

A/1888/2023 - 20/20 -

E. 8.6

Quelle est de votre point de vue sur la capacité de travail globale de l'assuré, et son évolution depuis la dernière décision entrée en force, soit le 18 septembre 2020, en tenant compte des conclusions du Dr E_____ (prière de motiver votre réponse). c) dans l'activité habituelle, d) dans une activité adaptée.

E. 8.7

L'état de santé tel qu'il a été retenu dans la dernière décision en force de l'intimé le

E. 9

Appréciation d'avis médicaux du dossier

E. 9.1

Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus par la Dre D_____ (rapports des 29 novembre 2021, 18 avril 2022).

E. 9.2

Êtes-vous d'accord avec les diagnostics et la capacité de travail retenus le Dr F_____ (rapport du 7 décembre 2022).

E. 10

Faire toute remarque et proposition utiles. 5. Invite l'expert à déposer, dans les trois mois dès réception de la mission d'expertise, un rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.

La greffière

Julia BARRY

La présidente

Catherine TAPPONNIER

Une copie de la présente ordonnance 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.