

GE_GERICHTE ATAS/554/2022 vom 27. Mai 2022

GE Cour de justice, 2022-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_554_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/554/2022 du 27 mai 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/554/2022 del 27 maggio 2022

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.

E. 3

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705).

A/525/2021 - 7/16 - En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références). En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

E. 4

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. 5

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant et sur son droit éventuel à des prestations de l'assurance-invalidité.

E. 6

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. 7.1

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

A/525/2021 - 8/16 - 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 la CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

E. 7.2

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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, de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

E. 7.3

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, 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

A/525/2021 - 9/16 - tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

E. 7.4

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du

E. 12

En l'espèce, le recourant reproche à l'experte de s'être écartée des diagnostics retenus par ses médecins. À cet égard, il rappelle que la Dresse E_____ a relevé une fatigabilité accrue, tout comme le Dr C_____, lequel a également fait état de problèmes de sommeil et une fragilité de l'estime de soi et une auto-dévalorisation de son patient. Il constate que l'experte n'a retenu aucune diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables, alors même que la Dresse E_____ a souligné que sa seule source de plaisir résidait dans les sorties avec son fils. Le recourant argue que son état est fluctuant et que, tout comme l'a relevé le Dr C_____, dans son rapport du 23 juillet 2019, il a tendance à orienter ses réponses afin de se présenter sous un jour plus favorable. Il fait remarquer que la journée type décrite à ses psychiatres est notablement moins agréable que celle décrite à l'experte, ce qu'il explique par le fait qu'il a souhaité présenter à cette dernière une journée « idéale ». Enfin, il allègue que le fait qu'il puisse s'occuper de son enfant âgé de cinq ans ou organiser les funérailles de ses parents ne saurait être considéré comme une preuve suffisante de ses ressources. Il convient en premier lieu de constater que le rapport de l'experte est fondé sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de l'assuré et sur un examen clinique complet. Par ailleurs, ses conclusions sont claires et motivées, de sorte que ce rapport satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). C'est le lieu de rappeler que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète - comme l'est celle de la Dresse H_____ -, elle ne saurait

être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (cf. supra). En l'occurrence, le recourant ne met pas de tels éléments en évidence. L'experte a expliqué avoir constaté l'absence de signes de fatigue, la présence de bonnes capacités d'élaboration, une orientation dans le temps et l'espace dans la norme, des capacités de mémoire conservées, une bonne vigilance, pas d'humeur triste visible, un assuré tonique, un visage animé et mobile, une fluidité des idées

A/525/2021 - 14/16 - et une bonne compliance au vu des dosages sanguins, raison pour laquelle, au final, elle n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique incapacitant. Selon elle, l'assuré ne présentait ni trouble du cours de la pensée, ni ralentissement psychomoteur et montrait une thymie neutre. L'experte n'a constaté aucun trouble des fonctions cognitives, de l'attention, de la concentration ou encore de la mémoire. La Cour de céans note que le bilan neuropsychologique effectué le 23 juillet 2019 par Mme D_____, corrobore les observations de l'experte, dans la mesure où le recourant a obtenu un score d'anxiété correspondant à une symptomatologie douteuse et un score de dépression confirmant l'absence de symptomatologie. Le score de flexibilité mentale était quant à lui certes assez faible, mais pas significativement déficitaire s'agissant de l'indice de vitesse de traitement. L'experte ajoute que le recourant n'a rapporté ni idées noires, ni idées suicidaires, qu'il n'a pas formulé de plaintes liées à une fatigue ou à des troubles du sommeil. Elle n'a noté ni aboulie, ni anhédonie, ni fragilité de l'estime de soi, ni aucun symptôme en lien avec une récurrence d'ordre dépressive, aucun trouble structuré de type anxieux non plus. Contrairement à ce que retient le psychiatre traitant, le recourant n'a décrit aucune réviviscence des traumatismes vécus dans les années 1990. Au contraire, l'assuré a le projet de retourner à Madagascar afin de monter un projet écologique, infirmant ainsi l'hypothèse d'un syndrome d'état de stress post-traumatique. Au vu de ses observations, l'experte a considéré que les plaintes étaient sans conséquences sur le fonctionnement quotidien de l'intéressé. Les limitations alléguées ne se manifestaient pas de la même manière dans tous les domaines de la vie. Le recourant évoquait un lourd handicap, malgré un quotidien et un environnement familial intact. Des incohérences ont été relevées lors de l'évaluation psychiatrique objective et les plaintes subjectives de l'intéressé. L'experte a aussi noté que les mesures de traitement étaient en-deçà des propositions thérapeutiques habituelles pour ce type de plaintes. Le recourant allègue à cet égard que c'est en raison de sa propension à la dépendance, ce qu'aucun de ses médecins ne vient cependant confirmer. L'experte a expliqué pour quelles raisons elle ne retenait pas le diagnostic de trouble dépressif moyen, dont elle a rappelé qu'il doit répondre à des critères diagnostics précis : les doses d'antidépresseurs étaient particulièrement basses – qui plus est s'agissant d'un patient en surpoids - et les symptômes ne répondaient pas aux critères diagnostiques du trouble dépressif. On cherche en vain dans les rapports des médecins traitants des éléments objectifs qui auraient été ignorés par l'experte, étant rappelé qu'il ne suffit pas d'affirmer que l'intensité de la symptomatologie décrite par l'experte ne coïncide pas avec celle relatée par les médecins traitants. Encore faut-il faire état d'éléments

A/525/2021 - 15/16 - objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. Comme on l'a vu, l'experte a

clairement motivé son appréciation. Elle a expliqué notamment que les plaintes dont les médecins traitants s'étaient fait l'écho ne donnaient nullement lieu aux mesures de traitement correspondantes (bien en deçà des propositions thérapeutiques habituelles). La question des ressources personnelles dont dispose l'assuré a été examinée et penche pour une absence de limitation. D'ailleurs, les limitations alléguées ne se manifestent pas de la même manière dans tous les domaines de la vie (allégation de lourds handicaps, malgré un quotidien et un environnement familial intacts). Le rapport d'expertise reprend chaque diagnostic avancé par les médecins traitants et explique pour chacun d'entre eux pourquoi il n'a pu être objectivement retenu. Eu égard à ces considérations, la Cour de céans ne voit pas de raison objective de s'écarter des conclusions de l'expertise, à laquelle une pleine valeur probante doit être reconnue. Il en découle que c'est à juste titre que l'intimé a conclu à l'absence d'atteinte à la santé invalidante.

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et le recourant condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/525/2021 - 16/16 - 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.