

GE_GERICHTE ATAS/574/2020 vom 7. Juli 2020

GE Cour de justice, 2020-07-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_574_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/574/2020 du 7 juillet 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/574/2020 del 7 luglio 2020

Erwägungen

E. 30

%, dès le 1er janvier 2016. Devant la chambre de céans, le recourant invoque des atteintes à la santé d'ordre psychiatrique, neurologique et somatique. D'après l'intéressé, ces atteintes sont

A/963/2019 - 16/22 - suffisamment invalidantes pour lui reconnaître une pleine incapacité de travail dès le 1er janvier 2016. Il convient donc de les examiner successivement. a. Sur le plan psychique, l'intimé a retenu que le recourant avait présenté un épisode dépressif sévère, totalement incapacitant en raison des limitations fonctionnelles décrites, de juin 2014 à décembre 2015. L'évolution avait été favorable depuis janvier 2016 et la capacité de travail était totale avec une baisse de rendement de 30 % en raison des limitations fonctionnelles. Dans le mesure où cette décision se fonde essentiellement sur l'expertise du Dr E _____ du 23 avril 2017, il convient à titre préalable d'examiner si cette expertise a une valeur probante. En l'occurrence, force est de constater que le rapport du 23 avril 2017 remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il contient le résumé du dossier médical, une anamnèse détaillée, les plaintes et données subjectives du recourant, le status clinique, une analyse de la situation du recourant à l'aune des nouveaux indicateurs jurisprudentiels, ainsi qu'une discussion générale du cas, associée aux questions spécifiques de l'OAI. Ses conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes. Sur le fond, l'expert a retenu le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) ayant évolué du 3 juin 2014 jusqu'au 31 décembre 2015, avec une nette diminution symptomatique compatible avec une dysthymie (F34.1) évoluant depuis le 1er janvier 2016 jusqu'à présent. L'amélioration clinique était objectivée par plusieurs éléments, soit l'arrêt du traitement antidépresseur, le fait que l'assuré avait pu trouver une compagne et le rapport du psychiatre traitant du 12 avril 2016 qui n'avait plus fait état d'un épisode dépressif sévère. Du 3 mars 2014 au

E. 31

décembre 2015, l'expert retenait des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives cliniquement, dans le sens d'une anhédonie, d'une aboulie avec ralentissement psychomoteur, de troubles de la concentration, d'un isolement social, en lien avec un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), alors que depuis le 1er janvier 2016, l'expert ne retenait pas de limitations fonctionnelles significatives dans le contexte d'une intolérance à la frustration, d'une hypersensibilité au stress, des difficultés relationnelles en lien avec un comportement impulsif et dyssocial en lien avec une dysthymie (F34.1) et avec des traits de la personnalité dyssociale non décompensés (Z73.1). Dans son recours, le recourant conteste une amélioration de son état de santé depuis le 1er

janvier 2016, invoquant le fait qu'il est toujours suivi par son psychiatre traitant dans le contexte d'un épisode dépressif sévère. Il fait valoir que, d'après le Dr E_____, son état de santé psychique ne pouvait évoluer de manière favorable qu'avec la mise en place d'un certain nombre de traitements et qu'une évaluation dans les six à douze mois était préconisée.

A/963/2019 - 17/22 - Force est cependant de constater que le recourant fait une lecture erronée de l'expertise du Dr E_____. En effet, l'expert explique que l'amélioration clinique de l'intéressé est objectivée par différents éléments, soit l'arrêt du traitement antidépresseur, le fait d'avoir trouvé une nouvelle compagne et l'appréciation de son psychiatre traitant qui, dans son dernier rapport, ne faisait plus mention d'un épisode dépressif. Contrairement à ce que semble indiquer le recourant, l'expert ne conditionne aucunement cette amélioration de son état de santé à la mise en place de traitements particuliers. Il indique en effet uniquement que la mise en place d'une psychothérapie hebdomadaire ciblant son déconditionnement, ses dépendances primaires au cannabis et à la cocaïne et ses traits de la personnalité et d'un traitement antidépresseur à des taux sanguins efficaces pourrait peut-être améliorer la situation psychique et diminuer le risque d'évolution vers un épisode dépressif caractérisé. Or, la possibilité de diminuer un risque de péjoration de l'état de santé pour le futur n'a aucune incidence sur le constat d'une amélioration de sa situation depuis le 1er janvier 2016. À relever d'ailleurs que, d'après l'expertise, le recourant garde de bonnes capacités et ressources personnelles (il arrive à lire, à conserver des liens sociaux, à conduire la voiture, à partir en vacances avec sa copine). Il est par ailleurs soutenu par plusieurs membres de sa famille, ainsi que par des amis. Au demeurant, s'il ressort certes de l'expertise que la situation du recourant devait être réévaluée dans les six à douze mois, force est de constater que le psychiatre traitant du recourant a rendu un nouveau rapport en date du 19 juillet 2019, dans lequel il n'est nullement fait mention d'un épisode dépressif. Dans ces conditions, il convient de retenir que le recourant n'a pas été en mesure de faire valoir d'éléments pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. La chambre de céans constate par ailleurs que l'amélioration de l'état de santé psychique concorde avec l'avis du psychiatre traitant, tel qu'exprimé dans ses rapports des 12 avril 2016 et 19 juillet 2019. En effet, après avoir posé le diagnostic d'épisode dépressif majeur depuis juin 2014 dans ses rapports des 18 août 2014, 17 décembre 2014 et 8 septembre 2015, ce diagnostic n'a plus été confirmé dans ses rapports ultérieurs (rapports des 12 avril 2016 et 19 juillet 2019). L'appréciation du psychiatre traitant diffère certes de celle de l'expert s'agissant des autres affections psychiques. En effet, contrairement à l'expert, le Dr B_____ a retenu un trouble de la personnalité, ainsi que des troubles de l'adaptation. Or, l'expert a expliqué de manière convaincante la raison pour laquelle il ne retenait pas ces diagnostics. S'agissant du trouble de la personnalité, il a précisé que, de longue date, l'assuré ne présentait pas de comportements durables et stables nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs de fonctionnement. Par ailleurs, dans la mesure où l'assuré avait pu travailler à 100 % durant plusieurs moments sans limitations significatives, il n'était pas possible de retenir un trouble grave de la personnalité. L'expert avait ainsi retenu des traits de la personnalité dyssociale, actuellement non décompensés. Quant au trouble de l'adaptation mentionné par le psychiatre traitant, l'expert a expliqué que la présence d'un tel trouble devait être exclue selon les critères diagnostiques de la CIM-10, dès lors que le recourant

A/963/2019 - 18/22 - présentait un état de perturbation émotionnelle qui se situait dans le contexte d'une probable dysthymie. Aucun élément du dossier ne vient contredire cette appréciation. Le diagnostic de trouble de l'adaptation, posé sans motivation par le Dr B _____ dans son rapport du 19 juillet 2019, ne justifie en tout cas pas de se distancer de l'expertise sur ce point. Il en va de même du diagnostic de cyclothymie mentionné par le psychiatre traitant pour la première fois – et sans explication - dans son rapport du 19 juillet 2019. Outre le fait qu'il ne trouve aucun appui dans le dossier, force est de constater avec l'intimé que, d'après la description du CIM-10, il s'agit d'une instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31) ou de trouble dépressif récurrent (F33). Il est ainsi douteux que ce trouble psychique puisse à lui seul être considéré comme invalidant. À noter que le médecin ne précise pas depuis quand dure cette atteinte, se limitant à indiquer que « ces derniers mois » l'humeur de son patient était fluctuante et labile (cf. rapport du Dr B _____ du 19 juillet 2019). Or, c'est le lieu de rappeler que, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que le rapport du Dr E _____ du 23 avril 2017 dispose d'une pleine valeur probante et que, sur le plan psychique, l'état de santé du recourant s'est amélioré depuis le 1er janvier 2016. Tenant compte des limitations fonctionnelles décrites par l'expert (intolérance à la frustration, hypersensibilité au stress et difficultés relationnelles), le recourant dispose ainsi d'une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 30 %, dans toute activité. b. Sur le plan neurologique, le recourant invoque des céphalées bilatérales invalidantes. La chambre de céans constate à cet égard qu'à teneur du dossier, l'intéressé n'a toujours pas commencé de traitement préventif alors qu'une telle mesure avait déjà été proposée par la Dresse E _____ en 2017 (cf. rapport médical de la Dresse E _____ du 29 juin 2017). Quoiqu'il en soit, questionnée à ce sujet par l'intimé, la Dresse E _____ a clairement exclu le caractère invalidant des céphalées dont souffre le recourant et conclu à l'absence de limitations fonctionnelles sur le plan neurologique (rapport médical AI du 3 décembre 2018). Faute d'appréciation divergente d'un autre médecin, la chambre de céans n'a aucune raison de s'écarter des conclusions de la neurologue traitante du recourant. c. Quant au volet somatique, le recourant invoque des troubles lombaires. Dans son rapport du 12 juillet 2019, le Dr G _____ pose le nouveau diagnostic de spondylarthropathie étagée sans évidence de maladie rhumatologique ou de hernie.

A/963/2019 - 19/22 - Il a retenu que ces douleurs étaient responsables de troubles du sommeil traités par Trittico. Il a également observé des céphalées de type migraine associées à une microangiopathie précoce, précisant que ces troubles étaient décrits comme invalidants par le recourant. Questionné par la chambre de céans au sujet du caractère invalidant du nouveau diagnostic de spondylarthropathie étagée, le médecin a relevé qu'il s'agissait d'un diagnostic fréquent et banal n'entraînant aucune incapacité de travail, ni limitations fonctionnelles. La chambre de céans se ralliera sur ce point à l'appréciation de ce médecin. Le fait que le recourant considère ses douleurs comme étant invalidantes, ce qui a du reste été rapporté par le Dr G _____ dans son avis du 12 juillet 2019, ne suffit pas pour justifier une invalidité. En effet, 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2). Sur la base des pièces médicales au dossier, il convient donc de retenir que, depuis le 1er janvier 2016, les atteintes d'ordre psychologique, neurologique et somatique du recourant ne sont pas propres à limiter sa capacité de travail. Il est ainsi suffisamment établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que, depuis cette date, le recourant a une pleine capacité de travail, avec une baisse de rendement de 30 %, comme l'a retenu l'intimé dans la décision querellée. 11. Un taux d'invalidité de 30 % étant trop faible pour ouvrir le droit à une rente, il reste à déterminer si le recourant peut prétendre à une mesure d'ordre professionnel. a. Selon l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1er janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but A/963/2019 - 20/22 - de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1). b. Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Est réputé invalide au sens de cette disposition, celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 p. 403 ; 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références). Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit

donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]). On rappellera encore qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du

A/963/2019 - 21/22 - 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20 % environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), le pourcentage étant calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (RCC 1984, p. 95 et VSI 2000, p. 63), la question d'une quotité minimale reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010 et 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). c. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail (art. 6 LPG) et susceptible d'être réadapté a droit : à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (let. a) ; à un conseil suivi afin de conserver un emploi (let. b). En l'occurrence, comme exposé ci-avant, les limitations fonctionnelles décrites par l'expert psychiatre n'empêchent pas le recourant de poursuivre l'emploi qu'il exerçait avant le début de l'atteinte à sa santé. Elles ne réduisent pas non plus le champ des activités possibles. Dans cette mesure, on ne saurait retenir qu'une mesure professionnelle serait de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain du recourant. Le droit à des mesures professionnelles doit dès lors lui être dénié pour cette raison déjà. Les perspectives d'une réadaptation professionnelle apparaissent par ailleurs compromises d'un point de vue subjectif (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_359/2009 du 26 mars 2010 consid. 6.2). En effet, dans son recours devant la chambre de céans, l'intéressé fait valoir que ses troubles et limitations fonctionnelles l'empêchent de reprendre un travail. D'après le recourant, il ne peut « mener une vie normale » et « reprendre une quelconque activité professionnelle » (cf. recours du 11 mars 2019). Il ressort par ailleurs de l'expertise du Dr E_____ que le recourant présente une motivation très faible pour une formation ou pour une réinsertion professionnelle (expertise, p. 31) et que sa coopération semblait nulle pour une réadaptation professionnelle (expertise, p. 33). Quant au droit à une aide au placement, évoqué par le Dr E_____ dans son expertise, il doit également être dénié au recourant dans la mesure où il n'apparaît pas que les limitations liées à son état de santé l'entraveraient dans ses démarches pour retrouver un emploi. Le recours doit partant également être rejeté sur ce point. 12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A/963/2019 - 22/22 - Statuant À la forme :

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