

GE_GERICHTE ATAS/631/2022 vom 30. Juni 2022

GE Cour de justice, 2022-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_631_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/631/2022 du 30 juin 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/631/2022 del 30 giugno 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

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

E. 3

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 prescrits par la loi, le recours est recevable.

E. 4

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). 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 ci-après dans leur ancienne teneur.

E. 5

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de supprimer, avec effet au 1er novembre 2018, la rente entière d'invalidité allouée jusqu'alors au recourant.

E. 6

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 - 5ème révision AI). 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.

E. 7

Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait,

A/1901/2021 - 13/25 - qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5). Dans le contexte d'une révision au sens de l'article 17 LPGA, la détermination de l'état de santé actuel et ses effets sur la capacité de travail est le point de départ d'une expertise médicale, mais elle ne saurait être considérée de manière isolée. Une expertise complète, compréhensible et concluante n'a de valeur probante que si elle examine également la question de l'existence d'un changement important de circonstances propre à justifier l'augmentation, la réduction ou la suppression de rente. Un tel examen ne peut intervenir qu'à la faveur d'une comparaison entre deux états de fait successifs, laquelle doit distinguer clairement les changements de faits importants des simples appréciations divergentes. En d'autres termes, l'expertise doit clairement établir l'existence de faits nouveaux ou une modification substantielle de la nature ou de la portée des faits qui existaient au moment de l'évaluation antérieure. Une modification importante par rapport à l'évaluation précédente n'est suffisamment étayée que si l'expertise indique quels aspects concrets de l'évolution de l'état de santé ou de l'incapacité de travail ont conduit aux nouveaux diagnostics et à la nouvelle évaluation du degré de gravité de l'atteinte. Ces principes ne s'appliquent pas aux situations dans lesquelles il est évident que l'état de santé a changé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_244/2017 du 26.10.2017 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

E. 8

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 ou mentale 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

A/1901/2021 - 14/25 - celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de

l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 9

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 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). 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 aux troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 consid. 4.5.1). En cas de troubles psychiques, 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 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action

A/1901/2021 - 15/25 - (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder 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). Ces indicateurs sont classés comme suit : - 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) 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).

Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du

Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 10

Selon la jurisprudence applicable jusqu' alors, un syndrome de dépendance primaire à des substances psychotropes (dont l'alcool) ne pouvait conduire à une invalidité au sens de la loi que s'il engendrait une maladie ou occasionnait un accident ou s'il résultait lui-même d'une atteinte à la santé physique ou psychique ayant valeur de maladie. Cette jurisprudence reposait sur la prémisse que la personne souffrant de dépendance avait provoqué elle-même fautivement cet état et qu'elle aurait pu, en faisant preuve de diligence, se rendre compte suffisamment tôt des conséquences néfastes de son addiction et effectuer un sevrage ou à tout le moins entreprendre une thérapie (cf. notamment ATF 124 V 265 consid. 3c). Dans un arrêt du 11 juillet 2019 (ATF 145 V 215), le Tribunal fédéral est parvenu à la conclusion que sa pratique en matière de syndrome de dépendance ne peut plus être maintenue. D'un point de vue médical, les syndromes de dépendance et les troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués lege artis par un spécialiste doivent également être considérés comme des atteintes (psychiques) à la santé significatives au sens du droit de l'assurance-invalidité (consid. 5.3.3 et 6). Le caractère primaire ou secondaire d'un trouble de la dépendance n'est plus décisif pour en nier d'emblée toute pertinence sous l'angle du droit de

A/1901/2021 - 16/25 - l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.1.1). Par conséquent, il s'agit, comme pour toutes les autres troubles psychiques, de déterminer selon une grille d'évaluation normative et structurée (à cet égard, ATF 141 V 281) si, et le cas échéant, dans quelle mesure un syndrome de dépendance diagnostiqué par un spécialiste influence dans le cas concret la capacité de travail de l'assuré. La gravité de la dépendance dans un cas particulier peut et doit être prise en compte dans la procédure de preuve structurée (ATF 145 V 215 consid. 6.3). Ceci est d'autant plus important que dans le cas des troubles de la dépendance – comme dans celui d'autres troubles psychiques – il y a souvent un mélange de troubles ayant valeur de maladie ainsi que de facteurs psychosociaux et socio-culturels. L'obligation de diminuer le dommage (art. 7 LAI) s'applique également en cas de syndrome de dépendance, de sorte que l'assuré peut être tenu de participer activement à un traitement médical raisonnablement exigible (art. 7 al. 2 let. d LAI). S'il ne respecte pas son obligation de diminuer le dommage, mais qu'il maintient délibérément son état pathologique, l'art. 7b al. 1 LAI en liaison avec l'art. 21 al. 4 LPGA permet le refus ou la réduction des prestations (consid 5.3.1).

E. 11

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

A/1901/2021 - 17/25 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 12

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 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 126 V 319 consid. 5a).

E. 13

E. 13.1

En l'espèce, la Cour de céans rappelle tout d'abord que, par décision du 10 mars 2016, l'intimé a accordé au recourant une rente entière d'invalidité dès mars 2014, sur la base d'un degré d'invalidité de 75%. Se fondant sur le rapport d'expertise du 6 juillet 2015 et son complément du 12 septembre 2015, l'intimé avait alors retenu que le recourant souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à modérée, d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline, de troubles mentaux et du comportement liés à des syndromes de dépendance à l'alcool, au cannabis et aux opiacés. Il présentait des limitations psychiques (fatigue, troubles de l'attention et de la concentration, difficultés interpersonnelles) et son incapacité de travail était de 75%. La révision de la rente a été initiée au début de l'année 2017, sur proposition du SMR, dès lors que les experts mandatés en 2015 avaient indiqué qu'un sevrage leur paraissait susceptible d'améliorer les capacités d'attention, de concentration, et d'améliorer la prise en charge du trouble de l'humeur. Les experts avaient également exposé que s'il était possible que les dépendances aient causé des séquelles irréversibles, cela ne pourrait être vérifié qu'après un sevrage de plusieurs mois, permettant un nouveau bilan neuropsychologique. Par décision du 27 septembre 2018, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité, au motif que l'assuré ne s'était pas présenté à une expertise à laquelle il avait été convoqué auprès du Dr G_____. Suite à l'arrêt de la Cour du 24 octobre 2019, qui lui renvoyait la cause « pour expertise et nouvelle décision », l'OAI a cette fois-ci mandaté le Dr H_____. L'expert mandaté par l'administration est parvenu à la conclusion que le recourant disposait d'une pleine capacité de travail depuis mars 2017. Sur cette base, l'intimé, par décision du 5 mai 2021, a supprimé la rente d'invalidité avec effet au 1er novembre 2018. Dans son recours, puis ses écritures subséquentes, l'assuré conteste la valeur probante de l'expertise du Dr H_____ et le recouvrement de la capacité de travail retenu par l'expert, faisant valoir qu'il demeure totalement incapable de travailler. À cet égard, il relève notamment que le SMR, dans son avis de décembre 2015, avait lié l'amélioration de la capacité de travail à un sevrage, tandis que l'expert H_____ a lui-même indiqué que la capacité de travail pourrait redevenir nulle en cas d'absence de sevrage. Or, le recourant souligne que ses médecins, les Drs J_____ et I_____, continuent d'attester son incapacité à travailler, qu'ils retiennent des épisodes dépressifs modérés à sévères et qu'il n'a de surcroît jamais été sevré depuis mars 2017. Au demeurant, l'expert n'a pas tenu compte du caractère saisonnier de son trouble dépressif et il se trompe lorsqu'il affirme que le traitement antidépresseur et le suivi psychothérapeutique auraient été arrêtés. Le recourant ajoute que le Dr H_____, en retenant des diagnostics pratiquement identiques à ceux retenus avant lui, ne met en évidence aucune amélioration déterminante de l'état de santé qui justifierait de retenir le recouvrement d'une capacité de travail de 100% et donc de supprimer la rente, ce d'autant qu'il n'y a pas eu de sevrage, puisqu'au moment de l'expertise, il fumait toujours 5 à 7 joints

A/1901/2021 - 19/25 - de cannabis par jour, auxquels s'ajoutait sa consommation d'alcool, de benzodiazépines et d'opiacées. Au demeurant, le rapport de la Dresse D_____ sur lequel s'est fondé l'expert pour situer une amélioration de son état de santé en mars 2017 se révèle contradictoire.

E. 14.1

Dans la mesure où la décision litigieuse de suppression des prestations a été rendue à l'issue d'une procédure de révision, il incombait à l'intimé de démontrer qu'un changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité du recourant, était survenu depuis le prononcé de sa décision initiale. C'est ce qu'il convient de vérifier.

E. 14.2

La décision initiale d'octroi de rente rendue en 2016 reposait sur le rapport d'expertise rédigé par les Drs B_____ et C_____ le 6 juillet 2015, ainsi que son complément du 12 septembre 2015. Ces experts y ont retenu les diagnostics invalidants de trouble dépressif récurrent d'intensité légère à modérée (F33.1), de personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), ainsi que de troubles mentaux et du comportement, liés à l'utilisation d'alcool, de dérivés du cannabis et d'opiacés, avec syndrome de dépendance (F10.25 ; F12.24 et F11.22). Ils ont notamment exposé que l'assuré avait commencé à consommer diverses substances (alcool, cannabis et cocaïne) à la fin de l'année 2002, depuis que son épouse avait obtenu la garde de leur fille. Les consommations étaient devenues problématiques à partir de 2004, où un arrêt maladie avait été établi et une hospitalisation en psychiatrie était devenue nécessaire. Le parcours de vie évoquait des difficultés dans la relation à l'autre, avec une peur de l'abandon récurrente et des efforts, souvent désespérés à maintenir la relation, évoquant une personnalité émotionnellement labile. Les épisodes dépressifs récurrents engendraient une importante fatigue et contribuaient à la diminution de l'attention, de la concentration et de l'estime de soi. Les dépendances dont souffrait l'assuré réduisaient partiellement ses capacités cognitives, son attention et sa concentration. De surcroît, en raison du trouble de la personnalité de type borderline, les relations à autrui pouvaient être compliquées, rendant difficiles la collaboration et le respect de consignes dans le cadre du travail. Les limitations psychiques réduisaient sensiblement la capacité de travail de l'assuré dans toute activité et sa capacité résiduelle de travail était limitée à 25% dans toute profession depuis 2006. Pour les experts, l'invalidité était due à la comorbidité du trouble dépressif récurrent et du trouble de la personnalité borderline, pathologies qui étaient en soi suffisantes pour engendrer la baisse de sa capacité de travail, tandis que la polytoxicomanie devait être considérée comme un élément accompagnant le trouble de la personnalité et la perturbation affective. Selon eux, il était possible que les dépendances aient entraîné des séquelles potentiellement irréversibles au niveau neuropsychologique, ce qui ne pourrait toutefois être vérifié qu'au moyen d'un bilan neuropsychologique fiable après un sevrage de plusieurs mois. En cas d'arrêt des consommations de toxiques, il était probable

A/1901/2021 - 20/25 - que le tableau psychique soit partiellement réversible. Un sevrage devait permettre non seulement une amélioration des compétences cognitives et des capacités d'attention et de concentration, mais aussi une amélioration de l'efficacité de la prise en charge du trouble de l'humeur.

E. 14.3

Dans son rapport du 30 octobre 2020, l'expert H_____ retient les diagnostics – jugés tous sans effet sur la capacité de travail – de trouble dépressif récurrent léger depuis mars 2017 (F33.0), de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsive et anxieuse, non décompensé (F61) et de dépendance primaire à plusieurs substances (alcool et benzodiazépines, utilisation continue, cocaïne et amphétamines, utilisation épisodique, abstinence au cannabis depuis mars 2017 – F19.2). Dans son descriptif des « plaintes »,

l'expert relève notamment que l'assuré, selon ses dires, ne se considère plus malade psychiquement depuis mars 2017. Il n'aurait pas de motivation à se réinsérer professionnellement, en raison d'une fatigue et de troubles de la concentration, qui fluctuent en fonction de ses abus quotidiens d'alcool et de benzodiazépines, respectivement de ses prises occasionnelles de cocaïne et d'héroïne, excès qui persistent au moment de l'expertise. L'assuré a pu arrêter les antidépresseurs, le cannabis et son suivi psychothérapeutique, tout en continuant un suivi pour continuer à bénéficier d'un traitement de substitution. L'expert précise que la psychiatre traitante de l'époque a fait état du recouvrement d'une pleine capacité de travail en mars 2017. Plus loin dans l'expertise, à la question de savoir quelle est l'évolution des traitements et quelles sont les chances de guérison, l'expert-psychiatre se limite à répondre qu'il constate « une évolution globalement stationnaire des troubles dépressifs récurrents légers depuis mars 2017 au présent, sans traitement antidépresseur, alors que le trouble de la personnalité n'est pas décompensé, sans hospitalisation psychiatrique. Le traitement [lui] semble peu adéquat actuellement, sans traitement antidépresseur et sans sevrage, alors que le pronostic est favorable dans la mesure où [il] n'objective pas de limitations fonctionnelles significatives ». Le pronostic de reprise professionnelle lui paraît sombre, vu que le recourant n'est pas demandeur d'une réinsertion professionnelle. Après avoir brièvement discuté les indicateurs prescrits par la jurisprudence en matière de troubles psychiques, l'expert conclut qu'en l'absence de limitations psychiatriques significatives objectivables, les « indices jurisprudentiels de gravité » ne sont pas remplis depuis le mois de mars 2017 et jusqu'au jour de l'expertise, de sorte que, depuis mars 2017, le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail.

E. 14.4.1

La Cour de céans constate que l'expertise du Dr H_____ n'emporte pas la conviction, notamment dans la mesure où elle conclut au recouvrement d'une pleine capacité de travail depuis mars 2017. Il convient préalablement de rappeler que, dans le cadre d'une procédure de révision, on attend d'un expert qu'il examine de façon complète la question d'un changement important des

A/1901/2021 - 21/25 - circonstances susceptible de justifier une modification de la rente. Un tel examen ne peut intervenir qu'à la faveur d'une comparaison entre deux états de fait successifs, laquelle doit distinguer clairement les changements de faits importants des simples appréciations divergentes. Une modification importante par rapport à l'évaluation précédente n'est suffisamment étayée que si l'expertise indique quels aspects concrets de l'évolution de l'état de santé ont conduit aux nouveaux diagnostics et à la nouvelle évaluation du degré de gravité de l'atteinte (cf. supra consid. 7). Or, on ne trouve aucun examen approfondi de ce genre dans l'expertise du Dr H_____. En effet, aucune mention n'est clairement faite d'une évolution clinique favorable de la symptomatologie psychiatrique mise en évidence dans l'expertise des Drs B_____ et C_____ et sur la base de laquelle l'OAI avait accordé la rente. L'expert-psychiatre ne procède de surcroît pas à une comparaison détaillée des situations médicales déterminantes. Retenant une absence de sevrage (l'assuré continue de consommer six boissons alcoolisées par jour, des benzodiazépines, de la cocaïne et de l'héroïne), ainsi que des diagnostics largement superposables à ceux qui avaient été posés en 2015 (troubles dépressifs récurrents légers, trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsive et anxieuse et dépendances à l'alcool, aux benzodiazépines, à la cocaïne ainsi qu'aux amphétamines vs [en 2015] troubles dépressifs récurrents d'intensité légère à modérée, personnalité de type

borderline et dépendance à l'alcool, aux opiacés et aux dérivés du cannabis), il se contente de souligner à différentes reprises l'absence de « limitation fonctionnelle psychiatrique objectivable » au moment de son examen, pour en déduire que « les indices jurisprudentiels de gravité de la jurisprudence [...] ne sont pas remplis depuis mars 2017 au présent ». Interrogé au sujet de l'évolution des traitements et des chances de guérison, l'expert se borne à faire sommairement état d'une « évolution globalement stationnaire des troubles dépressifs récurrents légers depuis mars 2017 au présent, sans traitement antidépresseur [...] », autrement dit d'une situation peu ou prou similaire à celle qui avait cours au moment de la décision initiale d'octroi de rente. On notera encore qu'en ce qui concerne l'absence de traitement antidépresseur, les curateurs du recourant soulignent qu'il s'agit là d'une erreur de l'expert, affirmation qui paraît effectivement corroborée par la liste des traitements figurant dans le rapport du Dr J _____ (dont ressort un traitement en cours par Zoloft). En ce qui concerne le recouvrement (allégué) d'une pleine capacité de travail en mars 2017, l'expert semble le déduire du rapport qu'a complété la Dresse D _____ à la demande de l'OAI le 28 mars 2017 et du fait que l'assuré ne se considérerait « plus malade psychiquement depuis mars 2017 ». Or, comme l'a déjà relevé la Cour dans son arrêt du 24 octobre 2019 (consid. 10a), on ne saurait se fonder sur le rapport de la Dresse D _____, lequel est empreint de contradictions et ne saurait être considéré comme fiable : ce document ne

A/1901/2021 - 22/25 - mentionne aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, tout en retenant de façon contradictoire qu'une activité lucrative n'est pas exigible et qu'on ne peut s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. La psychiatre traitante y évalue la capacité de travail à « 0% », tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. De surcroît, si elle y mentionne une amélioration de la thymie et des consommations d'opiacés, elle y constate parallèlement une « augmentation des consommations d'alcool ». Enfin, elle semble avoir repris telle quelle l'anamnèse d'un rapport du docteur K _____ de 2013, dont les constatations ont été démenties par l'expertise de 2015. Quoiqu'il en soit, au vu de la réponse négative donnée par cette praticienne à la question de savoir si l'activité antérieure était encore exigible, et de la mention par l'intéressée d'une capacité de travail de 0%, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, l'expert H _____ ne pouvait raisonnablement inférer du rapport en question que « selon la psychiatre traitante de l'époque, la capacité de travail serait devenue de 100% dès mars 2017 [...] ». Quant à l'appréciation subjective par l'assuré de son propre état de santé, qui ne se considérerait « plus malade », selon l'expert, elle ne trouve pas d'appui dans les autres rapports versés au dossier et ne revêt donc pas une importance décisive, ce d'autant que le déni fait notoirement partie intégrante d'un syndrome de dépendance, notamment à l'alcool (arrêt du Tribunal 9C_633/2017 du 29 décembre 2017 consid. 3.2.1). On relèvera encore le caractère pour le moins ambigu, voire contradictoire, des conclusions de l'expert, qui estime, d'une part, qu'il n'existe plus d'incapacité de travail depuis mars 2017, tout en attestant, d'autre part, que la capacité de travail pourrait redevenir nulle en cas d'évolution négative vers un épisode dépressif sévère, scénario qu'il juge probable en cas d'absence de sevrage. Ce faisant, l'expert semble lier le recouvrement plus ou moins durable d'une capacité de travail à un sevrage, ce qui rejoint en fait le point de vue exprimé à l'époque par les experts B _____ et C _____, ainsi que par le SMR (cf. avis du 17 décembre 2015). Or, dans la mesure où l'expert constate précisément l'absence de sevrage, vu la persistance d'une consommation d'alcool, de benzodiazépines, de cocaïne et d'opiacés, sa conclusion quant au prétendu recouvrement d'une pleine capacité de travail en mars 2017 n'emporte pas la

conviction et ne saurait être entérinée par la Cour de céans.

E. 14.4.2

Les rapports établis par les médecins du recourant témoignent également de l'absence de toute amélioration déterminante de l'état de santé depuis la décision initiale d'octroi de rente. En effet, dans leurs rapports des 12 février et 31 mars 2021, les Drs J_____ et I_____ attestent – au contraire de l'expert – de la persistance d'une incapacité de travail, d'un trouble dépressif, épisode moyen (cf. rapport du Dr J_____) et de l'absence d'amélioration sous l'angle psychique. Le Dr J_____ précise qu'en dépit d'une certaine diminution de la consommation d'alcool, le recourant consomme encore chaque jour de la vodka, ainsi que des

A/1901/2021 - 23/25 - benzodiazépines achetées sur le marché noir (midazolam) et 5 à 7 joints de cannabis. De son côté, la Dresse I_____ souligne que la symptomatologie revêt un caractère saisonnier, en ce sens qu'elle s'exacerbe en hiver pour atteindre un degré sévère. Cet aspect n'a pas été abordé par l'expert dans son rapport. Quant à la Dresse F_____, elle a indiqué dans son rapport du 9 février 2018 que le trouble dépressif récurrent et le trouble de personnalité émotionnellement labile de type borderline étaient alors palliés par « la consommation de 4.5 litres de bière forte par jour et 2-3 joints par jour, en sus [du] traitement anxiolytique de Seresta ». Elle y proposait l'introduction d'un nouvel antidépresseur et estimait qu'une reprise du travail à 100% devait être exclue, compte tenu du caractère stationnaire du tableau clinique, seule pouvant éventuellement être envisagée une reprise à 30% dans un cadre structuré et valorisant. Si ce rapport succinct ne satisfait pas aux requisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante, il en ressort néanmoins que le tableau clinique a été qualifié de « stationnaire » et que la capacité de travail n'était alors évaluée qu'à 30% tout au plus, de surcroît dans un « cadre structuré », ce qui semble désigner une activité exercée en-dehors de l'économie libre. Les conclusions de la Dresse F_____ rejoignent pour l'essentiel celles de l'expertise de 2015 (qui évaluait la capacité de travail à 25%) et viennent contredire, une fois encore, le point de vue de l'expert quant au prétendu recouvrement d'une capacité de travail de 100%.

E. 14.4.3

Eu égard au caractère insuffisant de l'expertise du Dr H_____ sur la question déterminante (cf. supra consid. 14.4.1 ab initio), mais également de l'absence de motivation convaincante à l'appui de ses conclusions, la Cour de céans considère que cette expertise ne saurait se voir reconnaître de valeur probante. Au regard de son contenu et de l'ensemble des rapports versés au dossier, qui témoignent au contraire d'un état de santé demeuré largement stationnaire, il convient d'admettre que l'expertise du Dr H_____ s'apparente à une simple appréciation différente d'un état de fait demeuré, pour l'essentiel, inchangé, de sorte qu'il n'existe pas de motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 129 V 200 consid. 1.2).

E. 14.5

Au vu de ce qui précède et notamment de l'absence d'appréciation médicale probante en ce sens, l'intimé n'a pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA, qui autoriserait une révision du droit à la rente et en particulier la suppression de celle-ci. À défaut de motif de révision de la décision du 10 mars 2016, la rente entière d'invalidité accordée au recourant doit être maintenue.

E. 15

Partant, le recours est admis et la décision du 5 mai 2021 annulée. Le recourant a droit au maintien de sa rente entière d'invalidité postérieurement au 1er novembre 2018.

A/1901/2021 - 24/25 -

E. 16

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 1'000.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/1901/2021 - 25/25 - 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.