

GE_GERICHTE ATAS/683/2015 vom 9. September 2015

GE Cour de justice, 2015-09-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_683_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/683/2015 du 9 septembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/683/2015 del 9 settembre 2015

Erwägungen

E. 39

Dans ses écritures du 2 juillet 2015, l'intimé reprend l'avis médical précité pour conclure à un complément d'expertise.

A/2729/2014 - 12/24 -

E. 40

Par écritures du 6 juillet 2015, le recourant conclut à l'octroi d'une rente invalidité fondée sur un taux de 60 % en se fondant sur l'expertise judiciaire.

E. 41

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la décision du mai 2008 de l'intimé, par laquelle celui-ci lui a refusé tout droit aux prestations. 4. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la 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. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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 décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique 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 celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

A/2729/2014 - 13/24 - 6. 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, 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). 7. À teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral 9C_72/2012 du 21 août 2012 consid. 3). 8. Les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ne sont pas considérées comme des conséquences d'un état psychique malade et donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité (art. 7 al. 2 2ème phrase LPGA ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 3.7.1).

A/2729/2014 - 14/24 - L'atteinte à la santé doit faire l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée (arrêt du Tribunal fédéral op.cit. consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). 9. Dans son arrêt 9C_942/2014, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté

raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2). Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence. 10. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social". a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soin, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux. b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

A/2729/2014 - 15/24 - c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence. d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2). e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio- culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien

dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3). 11. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte. 12. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré

A/2729/2014 - 16/24 - est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4). b. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à

l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses

A/2729/2014 - 17/24 - connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 13. a. 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 133 III 675 consid. 5.2 non publié, 129 III 18 consid. 2.6, 127 III 519 consid. 2a, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c et les arrêts cités). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). 14. a. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet d'une expertise psychiatrique judiciaire. Selon l'expert, il souffre d'une dépendance aux opiacés, aux tranquillisants et au tabac, ainsi que d'une utilisation nocive de cocaïne, d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, d'un autre trouble anxieux

A/2729/2014 - 18/24 - mixte, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et de troubles mixtes de la personnalité. L'incapacité de travail est essentiellement provoquée par le trouble dépressif, lequel est toutefois renforcé par les autres pathologies. Ce trouble s'est installé depuis mars 2010, en suivant l'expertise de la CRR. Quant à la toxicomanie, son éclosion a été favorisée par la fragilité pathologique de la personnalité et l'anxiété sociale. Il n'est pas exigible que le recourant renonce à la consommation de drogues. Un arrêt de ces substances pourrait certes améliorer temporairement l'estime de soi, mais entraînerait le risque d'une décompensation anxieuse voire psychotique, ce qui pourrait conduire secondairement à une rechute dépressive. Le trouble dépressif n'est devenu significatif que tardivement, soit après vingt ans de toxicomanie, de sorte que son intrication avec celle-ci est moins évidente. Les ressources du recourant pour surmonter le trouble somatoforme douloureux sont limitées par la présence des pathologies associées (dépression et anxiété) et l'incapacité de gérer le stress (trouble de la personnalité). Le cumul des diverses pathologies constatées peut être considéré comme une comorbidité relativement sévère. À cela s'ajoute que l'insertion sociale est médiocre et que les douleurs sans substrat organique existent depuis plus de dix ans sans grand changement, en dépit des traitements appliqués lege artis. L'état psychique est relativement cristallisé depuis plusieurs années. Néanmoins, l'expertisé devrait être en mesure de faire les efforts nécessaires pour pouvoir se passer progressivement de béquilles et récupérer une meilleure capacité de déplacement. En tenant compte du trouble somatoforme douloureux, la capacité de travail n'est que de 40 %. Cette expertise a été rendue en pleine connaissance du dossier médical, repose sur un examen approfondi, prend en compte les plaintes du recourant et contient des conclusions motivées. Cela étant, elle remplit en principe les critères pour lui reconnaître une pleine valeur probante. b. Le SMR reproche à l'expert judiciaire de ne pas avoir tenu compte du rôle de la toxicomanie dans le déclenchement et l'entretien des troubles psychiatriques constatés, ainsi que de leur réversibilité potentielle en cas d'arrêt de la consommation de toxiques, tout en admettant qu'il n'est pas exigible que le recourant s'abstienne de toute consommation de drogues, après vingt années de toxicomanie et l'échec des diverses prises en charge. En premier lieu, il convient de relever que, selon l'expert psychiatre de la CRR, le syndrome de dépendance aux diverses drogues n'a que peu de répercussion sur la capacité de travail. Cela est également confirmé par le Dr Q_____, selon lequel l'élément principal incapacitant est le trouble dépressif, même s'il est renforcé par les autres pathologies, dont notamment la toxicomanie. Cette conclusion est corroborée par l'anamnèse. En effet, jusqu'en 2002, à savoir l'accident du recourant provoquant une entorse du pied droit, celui-ci pouvait encore travailler. Entre octobre 2008 et janvier 2009, il a pu effectuer des stages aux EPI et dans deux entreprises, lesquels ont démontré des aptitudes du recourant compatibles avec un emploi ouvrier aux EPI et dans ces entreprises. Les conclusions du rapport du 26

A/2729/2014 - 19/24 - janvier 2009 des EPI sont très positives, le recourant ayant montré de l'intérêt, étant minutieux et travaillant avec sérieux. Ainsi, en dépit de sa toxicomanie, il sied de constater que le recourant pouvait encore travailler en tout cas jusqu'au début de l'année 2009, de sorte que la cause de son incapacité de travail est à chercher non pas dans sa dépendance, mais dans d'autres facteurs. De surcroît, un trouble dépressif n'a pas été diagnostiqué précédemment. Cela étant, la question de savoir si la toxicomanie est en l'occurrence la conséquence d'une atteinte psychiatrique ayant valeur de maladie peut rester ouverte. En ce qui concerne la réversibilité potentielle de la symptomatologie dépressive en cas d'arrêt de la consommation des toxiques, l'expert explique que l'effet que l'on pourrait

attendre de l'abstinence sur les autres pathologies psychiques ne paraît pas prévisible, et qu'il est au contraire probable que les pathologies qui ont favorisé la toxicomanie s'aggraveront, puisque n'étant plus « compensées » par la prise de substances. Certes, il n'est pas exclu, en cas d'abstinence, que la dépression s'améliore temporairement par la récupération d'une certaine estime de soi, mais l'expert juge plus probable un risque de décompensation anxieuse voire psychotique, ce qui pourrait secondairement conduire à une rechute dépressive. C'est donc à tort que le médecin du SMR lui reproche de ne pas s'être prononcé sur la réversibilité potentielle des troubles en cas d'arrêt des drogues. De la réponse de l'expert judiciaire résulte en outre de façon convaincante que l'abstinence ne permettrait probablement pas d'améliorer les troubles psychiques, sous réserve d'une amélioration temporaire de la thymie. Il ne peut ainsi être retenu qu'au degré de la vraisemblance prépondérante, les troubles psychiques sont réversibles dans cette hypothèse.

c. Le SMR conteste ensuite le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Cependant, comme le relève à juste titre l'expert judiciaire, le SMR se contredit, dès lors qu'il admet implicitement ce diagnostic en affirmant qu'il est secondaire au trouble somatoforme douloureux. Par ailleurs, un trouble dépressif a été constaté non seulement par l'expert psychiatre de la CRR, mais également par l'expert judiciaire. L'essentiel d'un tel diagnostic repose au demeurant toujours sur les données livrées par l'expertisé, de sorte qu'il ne saurait être reproché aux experts de s'être fondés sur celles-ci, lesquelles sont par définition subjectives. Néanmoins, l'expert judiciaire met également en avant des constatations objectives pour étayer ce diagnostic. Ainsi, il relève que la tristesse du recourant est visible et qu'il pleure lorsqu'il évoque le viol subi à l'âge de sept ans par son frère aîné. La fatigue est perceptible et il est probable que le recourant présente un ralentissement intellectuel. La voix est plutôt traînante et monotone. La fluidité idéique n'est pas très vive. Quant au trouble de l'adaptation diagnostiqué initialement en septembre 2011 par le Dr E_____ et Mme J_____ de la Fondation Phénix, il convient de relever qu'un tel diagnostic implique des symptômes dans le registre émotionnel et

A/2729/2014 - 20/24 - comportementaux, tel que l'humeur dépressive et/ou l'anxiété notamment (cf. DSM IV p. 737), de sorte qu'il n'est pas incompatible avec un trouble dépressif diagnostiqué par la suite, soit lorsque les troubles de l'humeur ont persisté pendant plus de six mois après le facteur de stress. Au demeurant, les soignants de la Fondation Phénix attestent dans leur certificat médical du 30 avril 2014 un état dépressif moyen à sévère et que l'état est stationnaire depuis 2010. Au vu de ces avis médicaux concordants, la chambre de céans est convaincue par le diagnostic de trouble dépressif émis par l'expert psychiatre de la CRR et le Dr Q_____, ainsi que les médecins traitants, d'autant plus que le SMR n'a pas fait état d'éléments médicaux qui auraient été ignorés par ceux-ci.

d. En ce qui concerne le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, le SMR admet ce diagnostic, tout en relevant qu'il convient d'analyser le caractère invalidant de ce trouble à la lumière de la jurisprudence en la matière et qu'en l'occurrence cette jurisprudence ne permet pas de le reconnaître. Comme indiqué ci-dessus, selon la nouvelle jurisprudence de notre Haute Cour, il s'agit dorénavant d'évaluer le caractère surmontable et partant invalidant d'un tel trouble sur la base de différents indicateurs, lesquels se recoupent en partie avec les anciens critères. En ce qui concerne en premier lieu le degré de gravité fonctionnelle, il convient de considérer que le handicap du recourant au niveau de la cheville est considérable, dans la mesure où il souffre d'importantes douleurs qui le handicapent pour la marche et l'incitent à se déplacer avec deux béquilles, plus de dix ans après l'accident survenu en 2002. Depuis son accident, il n'a pas arrêté de consulter des

médecins pour les séquelles de cet évènement et s'est soumis à une intervention chirurgicale en 2007. Il sied ainsi de constater une chronicisation de l'état de la cheville, après l'épuisement de toutes les possibilités de traitements. Les mesures de réadaptation et d'intégration initiées à partir de 2008 ont également échoué, malgré la motivation du recourant, comme cela résulte des rapports y relatifs. La gravité de l'évolution du trouble somatoforme douloureux est aussi rendue plausible par la présence de traumatismes importants dans l'enfance qui sont encore aujourd'hui bien présents, comme le prouve le fait que le recourant pleure devant l'expert judiciaire en évoquant le viol par son frère. À cela s'ajoute plusieurs comorbidités psychiatriques et somatiques qui diminuent les ressources du recourant. En effet, depuis son accident, le recourant souffre de douleurs et rencontre des difficultés dans ses déplacements, de sorte qu'il ne pourrait désormais exercer qu'une activité sédentaire ou semi-sédentaire, permettant des changements de position, selon le rapport du 24 mai 2011 du Dr I_____ de la SUVA. Par ailleurs, cette assurance lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5 %. Certes, une partie des douleurs et des limitations fonctionnelles est dépourvue d'un substrat organique. Il n'empêche qu'une atteinte à l'intégrité subsiste et que certaines douleurs peuvent être mises en relation avec les

A/2729/2014 - 21/24 - séquelles objectivables de l'accident. Le recourant est également atteint d'un trouble dépressif majeur, épisode actuellement moyen, selon les experts et médecins traitants. Selon la nouvelle jurisprudence de notre Haute Cour, ce diagnostic ne peut pas être écarté du seul fait qu'il doit être considéré comme faisant partie intégrante du trouble somatoforme douloureux. Enfin, l'expert judiciaire a aussi retenu un trouble anxieux mixte. Quant à la structure de la personnalité, le recourant présente des troubles mixtes de la personnalité, selon l'expert judiciaire. Certes, en accord avec le SMR, il ne peut être considéré que ces troubles soient en l'espèce totalement décompensés. Ils n'ont pas non plus empêché le recourant de travailler auparavant. Néanmoins, ils affaiblissent les ressources du recourant pour surmonter le trouble somatoforme douloureux. À cet égard, il est à relever que la chambre de céans est convaincue par ce diagnostic au vu des explications détaillées de l'expert judiciaire, lequel a notamment relevé les carences affectives et la violence qui ont marqué l'enfance, la faible estime de soi se traduisant par des difficultés majeures à aller vers l'autre et à construire des relations sentimentales durables, ainsi qu'une immaturité psychologique se manifestant par une incapacité de gérer l'argent, ce qui a rendu nécessaire une mesure de curatelle. À cela s'ajoute un comportement d'évitement des contacts sociaux et une dépendance aux substances toxiques. Des traits d'un trouble de la personnalité ont du reste également été mis en évidence par les soignants de la Fondation Phénix, dans leur certificat médical du 30 avril 2014. Le recourant ne peut pas non plus tirer un soutien de son environnement, si ce n'est d'un de ses frères et de la femme de celui-ci. Pour l'essentiel, le recourant présente un retrait social important, vivant la majeure partie du temps de façon recluse dans son appartement. Il convient de constater en outre qu'il n'y a pas d'élément discordant dans le comportement du recourant ni une exagération, selon l'expert judiciaire. Les limitations fonctionnelles se manifestent dans tous les domaines de la vie, étant constaté que le recourant n'a plus d'intérêt ni de loisir à proprement parlé. Il est tout autant handicapé à la maison par ses béquilles qu'à l'extérieur, celles-ci l'empêchant notamment de cuisiner. Le retrait social est important, le recourant ne voyant plus ses quelques amis, par manque d'envie (p. 9 expertise judiciaire). Il n'appert pas non plus que le recourant aurait refusé des traitements recommandés et exigibles, étant régulièrement suivi pour ses problèmes à la cheville depuis la survenue de l'accident. En 2008 et 2009, il a fait un important effort de

réadaptation professionnelle dans le cadre des stages aux EPI et dans les entreprises, même s'il a été par la suite découragé par l'aggravation de l'état de sa cheville. Certes les analyses lors de l'expertise judiciaire ont montré des dosages infra-thérapeutiques du traitement médicamenteux antidépresseur. Toutefois, comme le souligne de Dr Q_____, bien que le dosage contrôlé en septembre 2014 montrât un taux situé dans la zone thérapeutique, le recourant n'allait pas mieux pour autant.

A/2729/2014 - 22/24 - À la lecture de l'expertise judiciaire, il sied de constater que l'expert judiciaire a déjà pris en compte tous les critères résultant de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral pour évaluer le caractère invalidant du trouble somatoforme. Cela étant, la chambre de céans est convaincue par sa conclusion d'une incapacité de travail supplémentaire résultant du trouble somatoforme douloureux de 10 %. De ce fait, il n'est pas nécessaire de procéder à un complément d'expertise. 15. Quant au moment de l'aggravation, il peut être constaté qu'elle est en tout cas postérieure à janvier 2009, dès lors que le recourant était encore en mesure auparavant de participer à une orientation professionnelle et à des stages en entreprises, sans être diminué sur le plan psychiatrique. Selon l'expert psychiatre de la CRR, le trouble dépressif s'est développé depuis mars 2010, soit lors de la reprise des investigations concernant la cheville. Dans le courrier du 26 mai 2010 du Dr D_____, il est effectivement fait état d'une aggravation au niveau somatique, dès lors que ce médecin constate une cheville tuméfiée avec une mobilité réduite. Le recourant se plaignait de la récurrence des douleurs depuis un stage dans une lingerie en février 2010. Le Dr C_____ propose alors au recourant de poursuivre le traitement conservateur avec cannes en décharge partielle. Ainsi, la conclusion de l'expert judiciaire, selon laquelle le début du trouble dépressif doit être fixé à mars 2010 est convaincante. Il s'agit donc d'une aggravation nettement postérieure à la décision de refus de prestation du 2 mai 2008, ce qui justifie la révision de celle-ci. 16. a. Partant, une incapacité de travail de 60 % doit être admise, ce qui ouvre le droit à un trois-quarts de rente. Il est à relever à cet égard que, même en admettant une réduction des salaires statistiques de 10 % dans le cadre de la comparaison des salaires, pour tenir compte des handicaps et de la réduction de la capacité résiduelle de travail (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc), la perte de gain ne serait que de 64% et ne donnerait pas le droit à une rente supérieure. 17. a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. b. En l'espèce, le recourant a déposé sa nouvelle demande en septembre 2010. En admettant le développement d'un trouble dépressif et d'un trouble somatoforme persistant invalidants depuis mars 2010, le droit à la rente est né en mars 2011. Cette date coïncide avec l'échéance de la période d'attente de six mois depuis le dépôt de la demande en septembre 2010. 18. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'un trois-quarts rente depuis mars 2011. 19. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de CHF 500.-.

A/2729/2014 - 23/24 -

A/2729/2014 - 24/24 - 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.