

# **GE\_GERICHTE ATAS/683/2022 vom 4. August 2022**

GE Cour de justice, 2022-08-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_683\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_683_2022)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/683/2022 du 4 août 2022

IT: GE\_GERICHTE ATAS/683/2022 del 4 agosto 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le 1er janvier 2021, est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA).

### **E. 3**

Le 1er janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste, en principe, celle en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge se fonde, en règle générale, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 et les références). En l'occurrence, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

### **E. 4**

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

#### **E. 4.1**

Avec répercussion sur la capacité de travail

##### **E. 4.1.1**

Dates d'apparition

##### **E. 4.2**

Sans répercussion sur la capacité de travail

##### **E. 4.2.1**

Dates d'apparition

**E. 4.3**

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

**E. 4.4**

L'état de santé de la personne expertisée s'est-il amélioré/détérioré depuis le mois de septembre 2014.

**E. 4.5**

Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les

A/1001/2020 - 36/39 - déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été déterminantes pour le diagnostic de l'atteinte à la santé, en confirmant ou en rejetant des limitations fonctionnelles alléguées par la personne expertisée).

**E. 4.6**

Y a-t-il exagération des symptômes ou constellation semblable (discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, absence de demande de soins médicaux, plaintes très démonstratives laissant insensible l'expert, allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) ?

**E. 4.7**

Dans l'affirmative, considérez-vous que cela suffise à exclure une atteinte à la santé significative ? 5. Limitations fonctionnelles

**E. 5**

Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité entière, singulièrement sur son degré d'invalidité.

**E. 5.1**

Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic

**E. 5.1.1**

Dates d'apparition

**E. 5.2**

Les plaintes sont-elles objectivées ? 6. Cohérence

**E. 6**

juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est

accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Le « complexe personnalité » englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Étant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une

A/1001/2020 - 11/39 - incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3). Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches [...]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2). II. Catégorie « cohérence » Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses

travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

A/1001/2020 - 12/39 - L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2). La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

## **E. 6.1**

Est-ce que le tableau clinique est cohérent, compte tenu du ou des diagnostic(s) retenu(s) ou y a-t-il des atypies ?

### **E. 6.1.1**

Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de

A/1001/2020 - 8/39 - conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une

telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'assurance-invalidité, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

### **E. 6.1.2**

Selon la jurisprudence, 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 (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 : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

A/1001/2020 - 9/39 - 1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1). L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'assurance-invalidité (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C\_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du

déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. À l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence). 3. Comorbidités La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur « comorbidité » et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et la référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être

A/1001/2020 - 10/39 - invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du

### **E. 6.1.3**

Selon la jurisprudence applicable jusqu'ici, 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 significative 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 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

A/1001/2020 - 13/39 - (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. 6.1.4**

Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient « résistantes à la thérapie » (ATF 140 V 193 consid 3.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_841/2016 du

#### **E. 6.2**

Est-ce que ce qui est connu de l'évolution correspond à ce qui est attendu pour le ou les diagnostic(s) retenu(s) ?

#### **E. 6.3**

Est-ce qu'il y a des discordances entre les plaintes et le comportement de la personne expertisée, entre les limitations alléguées et ce qui est connu des activités et de la vie quotidienne de la personne expertisée ? En d'autres termes, les limitations du niveau d'activité sont-elles uniformes dans tous les domaines (professionnel, personnel) ?

#### **E. 6.4**

Quels sont les niveaux d'activité sociale et d'activités de la vie quotidienne (dont les tâches ménagères) et comment ont-ils évolué depuis la survenance de l'atteinte à la santé ?

#### **E. 6.5**

Dans l'ensemble, le comportement de la personne expertisée vous semble-t-il cohérent et pourquoi ? 7. Personnalité 7.1 Est-ce que la personne expertisée présente un trouble de la personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel ? Quel code ?

A/1001/2020 - 37/39 - 7.2 Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ? 7.3 Le cas échéant, quelle est l'influence de ce trouble de personnalité ou de ces traits de personnalité pathologiques sur les limitations éventuelles et sur l'évolution des troubles de la personne expertisée ? 7.4 La personne expertisée se montre-t-elle authentique ou y a-t-il des signes d'exagération des symptômes ou de simulation ? 8. Ressources

#### **E. 8**

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). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

### **E. 8.1**

Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ?

### **E. 8.2**

Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur les plans : a) psychique b) mental c) social et familial. En particulier, la personne expertisée peut-elle compter sur le soutien de ses proches ? 9. Capacité de travail

### **E. 9**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ;

A/1001/2020 - 18/39 - RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

### **E. 9.1**

Dater la survenance de l'incapacité de travail durable dans l'activité habituelle pour chaque diagnostic, indiquer son taux pour chaque diagnostic et détailler l'évolution de ce taux pour chaque diagnostic.

### **E. 9.2**

La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ?

#### **E. 9.2.1**

Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

#### **E. 9.2.2**

Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ?

### **E. 9.3**

La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ?

### **E. 9.3.1**

Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ?

### **E. 9.3.2**

Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ?

### **E. 9.3.3**

Dire si la personne expertisée présente une diminution de rendement en raison de ses diverses limitations fonctionnelles, y compris dans une activité adaptée.

A/1001/2020 - 38/39 -

### **E. 9.4**

Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le mois de septembre 2014 ?

### **E. 9.5**

Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ?

### **E. 9.6**

Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? 10.  
Traitement

### **E. 10**

En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 5 mars 2020, l'intimé a conclu que le recourant disposait d'une capacité de travail de 50 % et lui a octroyé une demi-rente d'invalidité dès le 1er mai 2018. Cette appréciation repose sur les avis du SMR, eux-mêmes fondés sur le rapport d'expertise psychiatrique du 15 juillet 2019 du Dr E\_\_\_\_\_. Le recourant conteste l'évaluation et les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ et lui

### **E. 10.1**

Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation.

### **E. 10.2**

Est-ce que la personne expertisée s'est engagée ou s'engage dans les traitements qui sont raisonnablement exigibles et possiblement efficaces dans son cas ou n'a-t-elle que peu ou pas de demande de soins ?

### **E. 10.3**

En cas de refus ou mauvaise acceptation d'une thérapie, cette attitude doit-elle être attribuée à une incapacité de la personne expertisée à reconnaître sa maladie ?

### **E. 10.4**

Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée. 11. Appréciation d'avis médicaux du dossier

### **E. 11**

Dans son rapport du 15 juillet 2019, l'expert a diagnostiqué des troubles dépressifs récurrents moyens avec un syndrome somatique (F33.11) et un trouble panique (F41.0),

existant tous deux depuis septembre 2014 et ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a également posé, à titre de diagnostics sans effets sur ladite capacité, des troubles mixtes de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendante actuellement non décompensés (F61), divers troubles de dépendances primaires (F10.26, F12.25, F14.26, F15.26) et un trouble de l'attention avec une hyperactivité légère depuis l'enfance (F90). Il a conclu à une capacité de travail de 50 % sans baisse de rendement depuis le mois de septembre 2014 dans toute activité, ajoutant que cette capacité pourrait s'élever à 100 % en cas d'évolution positive, après la mise en place d'un sevrage et d'un traitement antidépresseur. Le Dr E\_\_\_\_\_ a notamment expliqué avoir identifié une dépendance primaire à plusieurs substances, car les dépendances précédaient de plus d'une décade l'écllosion de troubles dépressifs récurrents moyens et des troubles paniques évoluant avec des hauts et des bas depuis septembre 2014. De plus, il retenait une augmentation des consommations ayant précédé la rechute dépressive moyenne de septembre 2014. Il ne notait pas de dommages irréversibles chez un assuré qui avait des capacités intellectuelles au-dessus de la moyenne et gérait son quotidien sans difficultés autre qu'un ralentissement. La question des liens complexes existant entre le trouble de la personnalité et la toxicodépendance restait ouverte, car l'installation de la toxicomanie avait cristallisé le trouble de la personnalité et ce dernier avait également favorisé les rechutes toxicomaniaques, sans pouvoir vraiment séparer les causes des conséquences, les deux troubles étant concomitants depuis le début de l'âge adulte. Toutefois, malgré la coexistence de la toxicomanie et du trouble de la personnalité, l'intéressé avait pu gérer son quotidien sans difficultés.

A/1001/2020 - 19/39 - L'expert a considéré que les indices de gravité des troubles psychiques étaient partiellement remplis depuis septembre 2014. Les troubles dépressifs récurrents moyens avec syndrome somatique selon les critères diagnostiques de la CIM-10 avaient provoqué depuis septembre 2014 des limitations fonctionnelles modérées mais significatives cliniquement dans le sens d'un ralentissement psychomoteur modéré, des troubles modérés de la concentration subjectifs ou lors des abus de substances plus intenses, d'une fatigue objectivable, d'une tristesse modérée présente la plupart de la journée, d'une faible estime de soi, avec un isolement social partiel, des attaques de panique, mais sans anhédonie, ni aboulie. Concernant le succès du traitement et de la réadaptation, l'expert a objectivé une évolution stationnaire des troubles retenus depuis septembre 2014 et indiqué que la compliance était bonne au suivi proposé et fluctuante au traitement antidépresseur qui était sous dosé au moment de l'expertise. Il a considéré que le traitement était peu adéquat, compte tenu de l'absence d'un traitement antidépresseur à des taux sanguins efficaces, d'une compliance variable, d'un suivi psychiatrique (mensuel) trop peu fréquent, et de l'absence de sevrage aux substances. Il a évoqué un dosage plasmatique abaissé de l'antipsychotique parlant pour une inefficacité de traitement et conseillé un changement de l'antidépresseur et un suivi centré sur l'exigibilité d'un sevrage aux substances. Par ailleurs, il était probablement contreproductif de traiter pharmacologiquement le trouble de l'attention, tenant compte des dépendances aux substances et surtout du fait qu'avant ce type de traitement, l'intéressé avait pu se former et travailler de façon stable, malgré une intensité des troubles inchangée selon l'anamnèse. La motivation pour une réadaptation professionnelle était ambivalente, car l'intéressé exprimait des avantages secondaires spontanément, mais qui ne remettaient pas en question les limitations objectivées. Les comorbidités psychiatriques, soit les dépendances primaires à plusieurs substances, le TDA-H depuis l'enfance et des troubles de la personnalité émotionnellement labile et

dépendante, étaient des troubles qui entraînaient peu de limitations fonctionnelles, car l'intéressé avait pu se former et travailler à 100 % de façon stable durant plusieurs années, malgré l'absence de prise en charge adéquate. Ce critère n'était donc pas rempli. S'agissant de la personnalité (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles), il a considéré que les critères diagnostiques étaient remplis pour des troubles de la personnalité émotionnellement labile et dépendante avec une décompensation ponctuelle et partielle, dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent moyen avec syndrome somatique et des attaques de panique. Quant au contexte social, l'expert a relevé qu'au moment de l'examen, l'intéressé gardait de bonnes capacités et des ressources personnelles, car il arrivait à conserver des bonnes relations avec quelques membres de sa famille et avec quelques amis qu'il fréquentait ponctuellement. Il ne retenait donc pas d'isolement social total. La diminution de la vie sociale datait de septembre 2014, moment de l'écllosion des troubles dépressifs récurrents moyens et des attaques de panique.

A/1001/2020 - 20/39 - Au niveau de la cohérence, l'expert a estimé que les plaintes et les limitations fonctionnelles significatives observées étaient cohérentes et plausibles et en concordance avec l'examen clinique. Il n'avait pas retenu des incohérences chez un assuré authentique qui n'exagérât pas les activités possibles, ses plaintes et ses consommations de cannabis et amphétamines non décrites dans le dossier asséculoologique. Les activités possibles durant la journée type et la compliance fluctuante au traitement antidépresseur étaient concordantes avec les plaintes. Toutefois, il notait une discordance entre la capacité de travail nulle retenue par la psychiatre traitante et la journée type chez un assuré qui participait aux tâches ménagères, aux courses, aux activités administratives simples, malgré un ralentissement psychomoteur qui faisait que tout lui prenait plus de temps, qui partait régulièrement en vacances, faisait des promenades, seul ou avec des amis. Par ailleurs, l'intéressé expliquait clairement des avantages secondaires, ce qui montrait qu'il était très authentique : il lui était difficile de reprendre une activité après une longue pause professionnelle, avait besoin de plus de temps pour récupérer de ses abus d'alcool, cannabis, amphétamines et cocaïne, était démotivé pour une reprise professionnelle à cause de dettes. Le trouble de la personnalité et le trouble de l'attention avec hyperactivité n'avaient pas empêché une formation et une stabilité professionnelle à 100 % sans limitations durant plusieurs années sans prise en charge psychiatrique, donc il peinait à comprendre pourquoi ces deux troubles seraient devenus incapacitants après la prise en charge psychiatrique et pharmacologique. Le suivi psychiatrique seulement mensuel et non hebdomadaire et l'absence d'un traitement psychotrope à des taux sanguins efficaces plaidaient également pour l'absence d'un trouble psychiatrique significatif. S'agissant du critère relatif aux limitations uniformes du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, il a relevé qu'au moment de l'expertise, l'intéressé gardait des capacités et ressources personnelles limitées mais existantes, car il arrivait à gérer partiellement son quotidien avec des difficultés dans le contexte d'un ralentissement psychomoteur modéré et des troubles de la concentration subjectifs, sauf au moment des abus de substances plus importants, à avoir une vie sociale restreinte avec un isolement social partiel, mais qui faisait une partie des activités ménagères, rencontrait des amis et partait en vacances. Enfin, concernant le poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation, il a retenu que l'intéressé présentait une motivation ambivalente pour une reprise professionnelle dans un contexte de surendettement et d'avantages secondaires et une bonne motivation pour le suivi psychiatrique et ambivalente pour les antidépresseurs qui lui avaient été prescrits, mais sans motivation pour un sevrage aux substances. Le pronostic

d'une reprise professionnelle était sombre, tenant compte des avantages secondaires exprimés. Le trouble de la personnalité dépendante et émotionnellement labile de l'intéressé représentait un frein à la réadaptation

A/1001/2020 - 21/39 - professionnelle en affaiblissant sa résistance au stress, bien qu'il ne soit pas incapacitant en soi. La chambre de céans constate que cette expertise émane d'un spécialiste en

### **E. 11.1**

Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr E\_\_\_\_\_ des 15 juillet 2019 et 4 décembre 2020 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 50% ? Si non, pourquoi ?

### **E. 11.2**

Êtes-vous d'accord avec les avis de la Dresse C\_\_\_\_\_, notamment ceux des 20 mars et 7 octobre 2019, 22 août et 20 novembre 2020, et 15 février 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 0% ? Si non, pourquoi ? 12. Quel est le pronostic ? 13. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? 14. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. II. Invite les experts à déposer, dans un délai de quatre mois, leur rapport en trois exemplaires auprès de la chambre de céans. III. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

A/1001/2020 - 39/39 - La greffière

Sylvie CARDINAUX La présidente

Eleanor McGREGOR Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

### **E. 11.3**

Dresse C\_\_\_\_\_ des 7 octobre 2019 et 22 août 2020, le Dr E\_\_\_\_\_ a rendu un rapport complémentaire le 4 décembre 2020. Il a relevé qu'il était difficile de se prononcer clairement sur l'existence ou non d'une aggravation symptomatique après l'expertise, ainsi que sur le lien social que l'intéressé gardait encore ou non avec les personnes qu'il hébergeait à cette époque. Dans ce contexte, une évaluation à domicile par une infirmière lui semblait importante, afin d'évaluer l'impotence fonctionnelle dans le quotidien et clarifier si une tutelle ou curatelle

A/1001/2020 - 25/39 - était actuellement mise en place, avec une demande de logement thérapeutique. Il lui semblait en outre utile de solliciter des analyses sanguines et urinaires afin de clarifier la consommation actuelle de toxiques et la prise de psychotropes, connaître la compliance et identifier une éventuelle métabolisation rapide des médicaments, ce qui pourrait motiver des prescriptions plus importantes. Après avoir clarifié l'évolution de la journée-type et les données biologiques, il serait possible de se déterminer sur une éventuelle aggravation et proposer une autre expertise pour évaluer l'évolution de la capacité de travail depuis l'expertise. Les arguments apportés dans les courriers des 7 octobre 2019 et du 22 août 2020 n'étaient pas de nature à changer l'appréciation de la capacité de travail au moment de l'expertise car la psychiatre traitante maintenait la plupart des diagnostics qu'il avait retenus, mais pas tous. Elle avait diagnostiqué une dépendance éthylique « avec utilisation continue » en mettant le code diagnostic d'une « abstinence », ce

qui prêtait à confusion car étaient possibles soit une aggravation de la dépendance éthylique soit une amélioration dans le sens d'un sevrage. En outre, les autres dépendances (cocaïne, amphétamines, cannabis) et leur évolution n'étaient pas décrites. L'appréciation de la journée-type n'était pas foncièrement différente, et la psychiatre traitante n'apportait pas d'éléments objectivables suffisants pour modifier la discussion faite au moment de l'examen concernant les indices jurisprudentiels de gravité pour le trouble dépressif moyen et pour les dépendances. Contrairement à ce qu'avait indiqué le psychiatre, il avait bien décrit la fatigue, le ralentissement psychomoteur et la tendance à laisser accumuler. Il avait d'ailleurs retenu une capacité de travail de 50 % et pas de 100 %, en raison des limitations fonctionnelles objectivables et des indices jurisprudentiels de gravité. Il peinait à comprendre pourquoi le TDA-H serait devenu incapacitant après la prise en charge psychiatrique et pharmacologique seulement, paradoxe qui n'était pas expliqué par la psychiatre traitante. Il a précisé à cet égard que l'intéressé avait clairement mentionné son envie de consommer des substances diverses sans désir de sevrage et de réinsertion professionnelle, et relaté des abus de méthylphénidate alors qu'il était dépendant aux amphétamines. Ainsi, sa prescription lui permettait d'abuser de certaines substances classées stupéfiantes, alors que ce traitement ne permettait pas d'avoir un impact visible sur sa capacité de concentration dans son quotidien. Il avait analysé les indices jurisprudentiels de gravité sans prendre en compte uniquement le caractère primaire ou non des dépendances, étant rappelé que cet aspect n'était plus décisif pour l'appréciation de la capacité de travail. La psychiatre estimait que les dépendances étaient secondaires au TDA-H, mais il ne pouvait pas confirmer l'existence d'un trouble psychique incapacitant au sens de l'assurance-invalidité, car autant les dépendances que le TDA-H présents depuis l'adolescence, respectivement depuis l'enfance, n'avaient pas empêché une formation et un emploi stable durant plusieurs années. La psychiatre avait adapté le traitement pharmacologique justement après la réalisation du monitoring sanguin, ce qui

A/1001/2020 - 26/39 - suggérait que son raisonnement avait été utile. De plus, il avait retenu une posologie faible, ce qui signifiait que normalement, en cas d'absence de guérison ou de limitations fonctionnelles sévères, il était recommandé par les études d'augmenter les doses, ce qui n'avait pas été fait avant l'entretien d'expertise. La compliance fluctuante avait été décrite par l'intéressé après qu'il ait été confronté aux résultats de la prise de sang. Il avait constaté une nette discordance entre le fait que la psychiatre affirmait que la compliance ne pouvait qu'être optimale puisque le patient recevait les médicaments dans un cadre médicalisé et expliquait en même temps que le patient ne faisait plus d'abus de méthylphénidate. Concernant la fréquence des séances, l'intéressé avait décrit un suivi bimensuel par la psychologue et mensuel par la psychiatre, mais expliqué qu'il ratait parfois ses rendez-vous. Enfin, il lui semblait incomplet de considérer que la labilité émotionnelle serait liée uniquement au TDA-H et pas aussi au trouble de la personnalité sous-jacent et aussi modulé en fonction des abus de substances. En date du 22 février 2021, la Dresse C\_\_\_\_\_ a répondu à la prise de

#### **E. 11.4**

position du Dr E\_\_\_\_\_, soulignant que le TDA-H, décrit dès l'enfance, n'avait été ni diagnostiqué ni traité. Dans son anamnèse, l'expert avait noté des troubles du comportement tout le long du parcours de l'intéressé et le recours à des quantités importantes de substances psychoactives, avec une consommation de cannabis dès

#### **E. 11.5**

Dresse C \_\_\_\_\_ sont pertinentes et que ses rapports contiennent plusieurs éléments objectifs propres à remettre en cause le bien-fondé de l'expertise du Dr E \_\_\_\_\_.

### **E. 11.5.1**

En ce qui concerne les diagnostics, elle remarque que les troubles retenus par l'expert psychiatre ne sont en l'état pas tous établis, au degré de la vraisemblance prépondérante requis. En effet, si la Dresse C \_\_\_\_\_ a également diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), elle n'a en revanche pas mentionné de trouble panique (F41.0) ni ne s'est prononcée sur l'existence d'une telle atteinte. En outre, contrairement à ce que le Dr E \_\_\_\_\_ a mentionné dans son expertise, la Dresse C \_\_\_\_\_ n'avait pas conclu à un trouble de la personnalité, mais avait uniquement évoqué une suspicion d'un trouble schizo affectif type dépressif (F25.1 ; cf. rapport du 20 mars 2019). Par la suite, elle a formellement écarté un trouble de la personnalité, estimant que la labilité

A/1001/2020 - 28/39 - émotionnelle était liée au TDA-H (cf. rapport du 22 août 2020). Le diagnostic posé par l'expert ne saurait donc à ce stade être considéré comme établi. S'agissant des dépendances, il sied de relever avec le Dr E \_\_\_\_\_ une erreur manifeste dans le diagnostic posé par la psychiatre en lien avec le syndrome de dépendance à l'alcool, puisqu'elle a retenu une « consommation continue », tout en indiquant le code CIM-10 « F10.20 », lequel correspond à une personne actuellement abstinent en rémission récente. L'expert a pour sa part diagnostiqué une consommation épisodique (F10.26), dès lors que l'intéressé a annoncé une consommation actuelle de 1.5 litre de bière par jour, deux jours par semaine. Si ce diagnostic peut ainsi paraître conforme à l'anamnèse, il sied toutefois de rappeler que la psychiatre a fait état de la « persistance d'une consommation alcoolique régulière d'intensité modérée » dans son rapport du 22 août 2020, et de la « persistance d'une dépendance à l'alcool active » dans son rapport du 20 novembre 2020, ce qui laisse donc subsister un doute quant à la consommation réelle du recourant. Il en va de même quant à l'exhaustivité des diagnostics posés en lien avec les autres dépendances, puisque la Dresse C \_\_\_\_\_ n'a pas formellement énuméré tous les syndromes de dépendance, mais qu'elle a signalé une consommation de cannabis, de cocaïne, d'ecstasy, et même d'héroïne, cette dernière substance ne ressortant toutefois pas des diagnostics posés par l'expert.

### **E. 11.5.2**

En ce qui concerne les indicateurs du degré de gravité fonctionnelle, la chambre de céans relève à titre liminaire quelques imprécisions, voire contradictions, entre les différentes parties du rapport d'expertise, ce qui rend sa lecture peu aisée et engendre des incertitudes quant aux éléments pris en considération, ou non, par le Dr E \_\_\_\_\_. À titre d'exemples, ce dernier n'a pas systématiquement cité toutes les limitations fonctionnelles retenues (cf. l'intolérance à l'ennui avec une impulsivité est mentionnée en p. 42, mais pas aux p. 41 et 45 ; la faible estime de soi est relevé en p. 41 et 45, mais pas en p. 42 ; l'anhédonie partielle est confirmée en p. 42 mais pas en p. 41 et 45). Également à titre d'exemple, l'expert a indiqué que le suivi du recourant consistait en une prise en charge psychiatrique avec une fréquence mensuelle et un suivi à quinzaine par une psychologue (cf. rapport p. 18), mais il n'a rappelé que le suivi psychiatrique mensuel avant de conclure à l'absence de trouble psychiatrique significatif (rapport p. 48). Il convient également de relever que la position du Dr E \_\_\_\_\_, qui a qualifié les limitations fonctionnelles de « modérées mais significatives », est peu compréhensible en l'absence de développement suffisant. S'agissant du TDA-H

en particulier, les rapports rendus par la psychiatre traitante contiennent plusieurs éléments concrets remettant en cause le degré de gravité (léger) retenu par l'expert. En effet, l'argumentation du Dr E\_\_\_\_\_ repose pour l'essentiel sur le fait que l'intéressé a réussi à terminer l'école et à travailler durant plusieurs années, et qu'il gère son quotidien « sans difficultés significatives » (cf. rapport p. 31). Cependant, il convient de rappeler, d'une part, que l'intéressé a

A/1001/2020 - 29/39 - abandonné l'école de commerce pour réaliser un CFC, qu'il a eu des difficultés à trouver des emplois et a souvent rencontré des problèmes relationnels dans le cadre professionnel (cf. rapport p. 15). En outre, l'expert n'a pas du tout examiné l'éventuelle influence des consommations de toxiques sur les capacités d'apprentissage de l'intéressé, alors que la Dresse C\_\_\_\_\_ avait expliqué, dans son rapport du 20 mars 2019, que le patient avait pu poursuivre sa scolarité et travailler durant de nombreuses années malgré la sévérité du TDA-H, car il avait fonctionné pendant une longue période avec des toxiques qui lui permettaient de contenir son état d'agitation interne. Cette soupape ne semblait plus agir depuis le burnout de 2012 où une cassure était décrite avec l'impossibilité à reprendre un élan de vie stable, avec ou sans substances. D'autre part, l'expert n'a manifestement pas saisi l'ampleur des difficultés du recourant dans la gestion du quotidien, difficultés qui ont d'ailleurs justifié qu'un placement soit désormais organisé, afin de lui permettre d'intégrer un lieu de vie offrant un encadrement. Il sied également de relever que l'expert n'a pas mentionné, à titre de limitations fonctionnelles, l'impulsivité, la procrastination, les difficultés relationnelles ou encore l'intolérance à l'ennui, alors qu'il a posé le diagnostic de trouble mixte de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif et dépendant, qu'il a relaté une « tendance à laisser accumuler » certaines tâches ménagères (cf. rapport p. 17), et qu'il a préconisé une activité adaptée avec une hiérarchie simple et bienveillante, un coaching positif (cf. rapport p. 49). À toutes fins utiles, il sera observé que les difficultés rencontrées par le recourant dans son quotidien ne sont pas postérieures à l'examen par l'expert, dès lors que la psychiatre avait signalé, dans son rapport du 20 mars 2019 déjà, que son patient avait de la peine à faire les courses, prendre soin de son hygiène, s'occuper de son logement et de ses affaires administratives, et que la mise en place d'une aide à domicile était compliquée par la honte du patient à présenter son intérieur, décrit par l'intéressé comme un « capharnaüm ». En outre, la Dresse C\_\_\_\_\_ a clairement attesté, dans son rapport du 22 août 2020, que la situation du recourant restait globalement stationnaire depuis ses derniers rapports, excluant ainsi une aggravation de l'état de santé ou des difficultés. Au contraire, une meilleure stabilisation de la labilité émotionnelle et un meilleur contrôle de la consommation des substances ont été observés suite à l'adaptation du traitement, mais tous les autres troubles persistaient. On rappellera encore que l'évaluation du degré de gravité du TDA-H par la Dresse C\_\_\_\_\_ repose sur ses observations objectives, au cours de ses consultations régulières qui ont débuté en avril 2018. Dans son rapport du 20 mars 2019, elle a notamment fait état d'une agitation psychomotrice importante, de la perte du fil de la pensée, de l'impossibilité à maintenir l'attention, d'une désorganisation psychomotrice, d'une procrastination, d'une difficulté à s'organiser et d'un discours souvent peu compréhensible. Au status du

A/1001/2020 - 30/39 - 22 août 2020, elle a constaté une pensée dispersée avec une difficulté à maintenir le focus et rapporté, entre autres, une procrastination, une mauvaise image de soi, un sentiment de vide, une intolérance à l'ennui, une anxiété persistante, une impulsivité, des difficultés relationnelles avec un comportement évitant ou encore une difficulté à tolérer

le rejet. C'est encore le lieu de souligner que le bilan réalisé en 2015 à la demande du service d'addictologie des HUG a permis de conclure que l'intéressé présentait « sans aucun doute » un TDA-H de type mixte d'intensité relativement « sévère » (cf. rapport du 9 mars 2015 de la Dresse H\_\_\_\_\_), ce qui vient conforter l'appréciation de la Dresse C\_\_\_\_\_.

### **E. 11.5.3**

Concernant le traitement, la psychiatre traitante a largement décrit la prise en charge au Centre, comprenant des entretiens psychiatriques mensuels ou plus fréquents en cas de crises, ainsi que des entretiens hebdomadaires psychothérapeutiques. L'expert n'a pas justifié les raisons pour lesquelles il considérait que les séances avec la psychiatre traitante étaient trop peu fréquentes. De manière convaincante, la Dresse C\_\_\_\_\_ a attesté d'une bonne compliance au traitement médicamenteux, dès lors que ce dernier était, à la demande du patient, distribué quotidiennement et sous surveillance médicale, et précisé que les épisodes d'abus survenaient lorsque le Centre était fermé. Elle a exposé que la bonne alliance psychothérapeutique et le bon investissement du patient lui permettaient d'atteindre une certaine stabilité clinique. Ces explications permettent de douter des conclusions de l'expert, lequel a d'ailleurs suggéré, dans son complément du 4 décembre 2020, qu'il soit procédé à des analyses sanguines et urinaires afin de clarifier la compliance aux psychotropes et identifier une éventuelle métabolisation rapide des médicaments. Pour le surplus, au vu des limitations fonctionnelles qui découlent des troubles psychiques dont souffre le recourant, on ne saurait reprocher à celui-ci d'avoir manqué quelques séances avec sa psychothérapeute.

### **E. 11.5.4**

S'agissant des comorbidités psychiatriques citées par le Dr E\_\_\_\_\_, en particulier des dépendances primaires à plusieurs substances et un TDA-H léger, il est rappelé que la Dresse C\_\_\_\_\_ a contesté le caractère « primaire » desdites dépendances et indiqué que le TDA-H était la pathologie de base, présente depuis l'enfance et accompagnée d'une prise compulsive et boulimique de toxiques multiples, à visée d'automédication. Elle a justifié son appréciation, mentionnant notamment que plus de 70% des patients souffrant de TDA-H présentaient une comorbidité psychiatrique et addictologique. On relèvera également avec la psychiatre que le Dr E\_\_\_\_\_ n'a pas procédé à une approche globale de l'influence des différents troubles, en étudiant l'interaction entre le TDA-H et les troubles dépressif et de dépendances.

### **E. 11.5.5**

S'agissant des ressources personnelles et du contexte social, le fait que le recourant ait maintenu certains liens avec son père et sa sœur, et qu'il fréquente

A/1001/2020 - 31/39 - « ponctuellement » « quelques amis » ne sauraient suffire à conclure à l'existence de ressources préservées. Il est rappelé que la psychiatre de l'intéressé a considéré que les ressources étaient « amoindries », soulignant que le patient avait besoin d'héberger des personnes marginales pouvant l'accepter pour ne pas rester seul, qu'il avait de la peine à s'occuper de lui, de ses affaires et de son logement, qu'il ne parvenait pas à accueillir sa fille. Elle a indiqué que le patient entretenait un lien stable avec son assistante sociale, mais qu'il était « très peu entouré », qu'il présentait une certaine méfiance et une peur du rejet qui pouvait se manifester par un comportement relationnel souvent inadéquat, provocateur, voire défiant pouvant rendre difficile la relation aux autres. L'intéressé passait ses journées devant la télévision, restait très démuné au niveau social, n'arrivait pas à gérer

les tâches basiques de son quotidien. Les nombreux exemples donnés par la psychiatre traitante contredisent l'évaluation de l'expert, selon laquelle l'intéressé arriverait à gérer partiellement son quotidien et ne rencontrerait que des difficultés dans le contexte d'un ralentissement psychomoteur modéré et des troubles subjectifs de la concentration. Une telle conclusion est en outre mise à mal par le fait que le recourant envisage d'intégrer un lieu de vie avec un encadrement et un environnement communautaire.

#### **E. 11.5.6**

Au niveau de la cohérence, l'expert a noté une discordance entre l'incapacité totale de travail et le fait que le recourant participait aux tâches ménagères, aux courses, aux activités administratives simples, partait régulièrement en vacances et faisait des promenades. Comme déjà relevé, ces constatations sont opposées à celles de la Dresse C\_\_\_\_\_, laquelle a conclu que son patient était dans un deuil de toutes les pertes de vie, dans une incapacité à reprendre sa vie en main, à se projeter vers l'avenir, qu'il était « dans un fonctionnement de survie ». Pour ces diverses raisons, le rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ ne saurait se

#### **E. 11.6**

voir attribuer une pleine valeur probante. En ce qui concerne les rapports de la Dresse C\_\_\_\_\_, il y a lieu de tenir

#### **E. 11.7**

compte de la relation de confiance qui unit la psychiatre traitante et son patient. Ses rapports ne permettent donc pas non plus de trancher le litige. 12. Eu égard à tout ce qui précède, il n'est en l'état pas possible de retenir des diagnostics clairs, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, ni de se déterminer sur la capacité de travail du recourant à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques. Partant, il est indispensable de compléter l'instruction médicale en ordonnant une expertise psychiatrique judiciaire, laquelle est confiée aux docteurs F\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), unité des

A/1001/2020 - 32/39 - troubles de la régulation émotionnelle, et G\_\_\_\_\_, chef de clinique aux HUG, unité de psychopharmacologie clinique. 13. L'intimé a requis la récusation des Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. Il a indiqué qu'il existait une présomption de partialité du fait que les deux experts avaient déjà reçu et examiné le recourant pendant la période litigieuse et étaient intervenus dans le suivi médical des atteintes à la santé qui devaient être examinées dans l'expertise judiciaire. Selon l'art. 38 al. 1 LPA, lorsqu'une expertise est ordonnée, l'autorité 13.1 nomme un ou des experts. Un délai est imparti aux parties pour proposer, s'il y a lieu, la récusation des experts (art. 39 al. 1 LPA). La récusation d'un expert judiciaire - qui ne fait pas partie du tribunal - s'examine au regard de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du

#### **E. 14**

ans, associée à une consommation d'alcool puis rapidement d'autres substances. Le patient expliquait que ces consommations lui avaient permis de fonctionner, avec une forme d'automédication. Pendant des années, il était professionnellement inséré, mais le soir, il fréquentait des toxicomanes et faisait la fête à outrance, prenait beaucoup de risques et avait besoin d'adrénaline. Elle a rappelé que les personnes souffrant de TDA-H et qui n'avaient pas été traitées à l'enfance ou à l'adolescence développaient un trouble d'usage de substance plus sévère que si elles n'avaient pas de TDA-H, et ajouté que l'automédication par les

patients présentant un TDA-H était décrite dans les manuels spécialisés pour son effet bénéfique sur la suppression de l'éparpillement des pensées et des émotions, et la baisse du niveau d'hyperactivité. Il était également décrit que certaines substances, telles que la cocaïne et le cannabis, semblaient compenser au moins partiellement certaines dysfonctions neurobiologiques. L'incapacité de travail était antérieure à la prise en charge. En 2012, le patient avait présenté une symptomatologie compatible avec un burnout, marquée d'abord par des insomnies, des accès anxieux importants, une irritabilité et une nervosité extrêmes. Pour tenir le rythme, se recentrer, gérer son état d'épuisement et d'anxiété, il avait augmenté les consommations d'alcool et d'autres toxiques. Devant son comportement hyper thymique, son agitation psychomotrice, la forte labilité émotionnelle, une évaluation avait été réalisée, laquelle avait permis de conclure à un TDA-H évoluant depuis l'enfance. Un traitement de méthylphénidate à haut dosage et d'antidépresseurs avait été prescrit. À la

A/1001/2020 - 27/39 - demande de l'intéressé, des sevrages, en hospitalier et en ambulatoire, avaient été mis en place, suivis d'une abstinence plus ou moins longue. L'incapacité de travail était liée à l'effondrement dépressif (deuxième dépression, la première survenue à l'âge de 28 ans), associé à la pathologie addictive. Le TDA-H non traité à l'enfance évoluait avec l'âge et se compliquait à l'âge adulte de modifications émotionnelles et comportementales (instabilité émotionnelle, intolérance à l'ennui, mauvaise estime de soi, impulsivité) qui elles-mêmes entretenaient les autres troubles (dépressif, addictif). L'objectif du traitement pharmacologique était d'améliorer la capacité d'attention du patient mais n'agissait pas sur les modifications. Ainsi, elle estimait que l'incapacité de travail était une conséquence (indirecte) de l'absence d'un traitement précoce du TDA-H. Elle a relevé que l'envie sans désir décrite par le patient à l'expert n'était que l'expression des critères CIM-10 du syndrome de dépendance dont il souffrait. En ce qui concernait le mésusage de méthylphénidate, il était bien précisé dans ses rapports que le patient avait lui-même exprimé cette problématique dès le début de la prise en soins et demandé une aide pour une administration journalière du traitement sous surveillance, ce qui était le cas jusqu'à présent. Les abus, que le patient peinait à contenir, se passaient uniquement sur les comprimés de la fin de semaine, lorsque les structures de soins étaient fermées. L'intéressé était partagé entre son désir de reprendre une activité, « la vie normale », et la réalité de sa situation clinique, et faisait un travail d'acceptation de ses propres limitations et leur incompatibilité avec une activité répondant aux exigences du marché concurrentiel, même à un temps très limité. Ce travail psychothérapeutique était utile, permettant au patient de viser des objectifs réalistes et principalement une stabilité médico-psychosociale. La chambre de céans considère que les critiques émises par la

## **E. 18**

avril 1999 (Cst - RS 101) garantissant l'équité du procès (ATF 125 II 541 consid. 4a p. 544). Cette disposition assure au justiciable une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. s'agissant des exigences d'impartialité et d'indépendance requises d'un expert (ATF 127 I 196 consid. 2b p. 198). En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert (par exemple ses compétences professionnelles), ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation

des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108 ; voir aussi ATF 139 V 349 ; AT 138 V 271). Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1 30 al. 1 Cst. et 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Elle n'impose pas la récusation seulement lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (cf. ATF 134 I 20 consid. 4.2 p. 21 et les arrêts cités). Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état

A/1001/2020 - 33/39 - intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 127 I 198 consid. 2b, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, 123 V 175 consid. 3d ; RAMA 1999 n° U 332 p. 193, U 212/97, consid. 2a/bb et les références). Dans ce domaine, la jurisprudence exige des faits qui justifient objectivement la méfiance. Celle-ci ne saurait reposer sur le seul sentiment subjectif d'une partie ; un tel sentiment ne peut être pris en considération que s'il est fondé sur des faits concrets et si ces derniers sont, en eux-mêmes, propres à justifier objectivement et raisonnablement un tel sentiment chez une personne réagissant normalement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 127/06 du 6 février 2007). Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (ATF 126 I 68 consid. 3c p. 73, ATF 125 II 541 consid. 4 p. 544). Le fait que l'expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut pas sa nomination en qualité d'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2 p. 110). La jurisprudence exige cependant que l'issue de la cause ne soit pas prédéterminée, mais qu'elle demeure au contraire indéterminée quant à la constatation des faits et à la résolution des questions juridiques (ATF 116 Ia 135 consid. 3b p. 139, 126 I 168 consid. 2a p. 169; Jacques Olivier PIGUET, *Le choix de l'expert et sa récusation*, HAVE/REAS 2/2011 p. 133). En matière d'expertise médicale, le fait qu'une expertise a été réalisée par un ancien médecin traitant de l'assuré soumis à cette mesure d'instruction ne justifie pas d'exclure d'emblée une telle expertise, en l'absence d'autre circonstance objective jetant le doute sur l'impartialité de l'expert, par exemple parce qu'il n'a pas rédigé son rapport de manière neutre et factuelle (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 832/04 du 3 février 2006 consid. 2.3.1 et I 29/04 du 17 août 2004 consid. 2.2 et les références). Le fait qu'un médecin se soit déjà prononcé sur le cas de l'assuré ne constitue pas une circonstance de nature à susciter une apparence de prévention au sens de la

jurisprudence précitée (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 291/99 du 8 septembre 2000). Enfin, il convient de rappeler qu'il existe une présomption d'impartialité de l'expert, de sorte que la partie qui demande sa récusation doit apporter la preuve

A/1001/2020 - 34/39 - permettant de renverser cette présomption (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 752/03 du 27 août 2004 cause et doctrine citée). En l'occurrence, l'intimé remet en cause le choix des Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ pour procéder à l'expertise judiciaire, sans produire de pièces qui pourraient faire douter de leur impartialité pour l'effectuer. Il s'appuie uniquement sur les affirmations des deux médecins selon lesquelles ils avaient eu de brefs entretiens avec le recourant. Or, conformément à la jurisprudence précitée, le fait qu'un médecin se soit déjà prononcé sur le cas de l'assuré ne constitue pas une circonstance de nature à susciter une apparence de prévention. L'intimé ne produit aucun élément concret permettant de considérer que l'issue de la cause dans la présente procédure est prédéterminée par le choix des experts. Les deux médecins ont d'ailleurs déjà donné leur accord de principe pour réaliser l'expertise, sans y voir de motifs de récusation. Le Dr F\_\_\_\_\_ a du reste précisé qu'il n'avait que « très peu vu » le recourant et le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé qu'il n'avait procédé qu'à deux entretiens d'évaluation pour une durée totale de trois à quatre heures et qu'il n'avait « jamais eu de contact avec lui en dehors de ces entretiens ». Il convient donc de retenir que les brefs entretiens du recourant réalisés par les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à fonder un motif de récusation tant formel que matériel, étant rappelé qu'il existe une présomption d'impartialité de l'expert et que l'intimé n'a produit aucune pièce à l'appui de ses allégations. Il sera précisé, au demeurant, que, compte tenu de leur domaine de spécialisation, les experts précités disposent de connaissances techniques approfondies pour rendre des expertises sur des cas de trouble du déficit de l'attention auquel s'ajoute une poly-pharmacodépendance. La demande de récusation formée par l'intimé sera en conséquence rejetée.

A/1001/2020 - 35/39 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement I. Ordonne une expertise psychiatrique de Monsieur A\_\_\_\_\_. Commet à ces fins les docteurs F\_\_\_\_\_, médecin adjoint agrégé aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), unité des troubles de la régulation émotionnelle, et G\_\_\_\_\_, chef de clinique aux HUG, unité de psychopharmacologie clinique. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A. Prendre connaissance du dossier de la cause. B. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant examiné la personne expertisée, en particulier la Dresse C\_\_\_\_\_ et le Dr E\_\_\_\_\_. C. Examiner et entendre la personne expertisée et si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Établir un rapport détaillé comprenant les éléments suivants : 1. Anamnèse détaillée (avec la description d'une journée-type) 2. Plaintes de la personne expertisée 3. Status clinique et constatations objectives 4. Diagnostics (selon un système de classification reconnu)

Précisez quels critères de classification sont remplis et de quelle manière (notamment l'étiologie et la pathogénèse).

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