

GE_GERICHTE ATAS/689/2019 vom 6. August 2019

GE Cour de justice, 2019-08-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_689_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/689/2019 du 6 août 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/689/2019 del 6 agosto 2019

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

Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

A/2054/2018 - 13/21 -

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si le recourant a droit à une rente d'invalidité. Au vu des conclusions du recours, le refus d'octroyer des mesures d'ordre professionnel n'est plus litigieux.

E. 4

L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 15/06 du 21 décembre 2006 consid. 2.2). Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

E. 6

Dans un arrêt récent concernant les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part. Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

A/2054/2018 - 14/21 - 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 » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes 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. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier

(consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010

A/2054/2018 - 15/21 - consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. 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). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). 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 incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). 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 ses 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 (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

A/2054/2018 - 16/21 - 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 asséculogique 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 que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie

librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

E. 7

Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5). Il convient encore de préciser que 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 elle 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).

E. 8

Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral jusqu'en juin 2019, la dépendance - qu'elle prit la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie - ne constituait pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle jouait en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle avait provoqué une maladie ou un accident qui entraînait une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résultait elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique ayant valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_395/2007 du 15 avril 2008 consid. 2.2). La situation de fait devait faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui impliquait de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que fût admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il était nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présentât un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle fût de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribuât pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constituait qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne pouvait être admise comme étant la conséquence d'une

A/2054/2018 - 17/21 - atteinte à la santé psychique. S'il existait au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui était exigible devait alors être déterminée en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 169/06 du 8 août 2006 consid. 2.2 et les références). L'existence d'une comorbidité psychiatrique - dont le diagnostic avait été posé *lege artis* - ne constituait pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité du chef d'une dépendance. Il était nécessaire que l'affection psychique mise en évidence contribuât pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain présentée par la personne assurée. Une simple anomalie de caractère ne pouvait suffire. En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale devait décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduisait à la

conclusion que la dépendance était seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y avait pas lieu d'opérer une distinction entre les différentes atteintes à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du

E. 9

Une nouvelle jurisprudence ou un changement de celle-ci s'appliquent immédiatement et vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de l'adoption de la nouveauté ou du changement (ex nunc et pro futuro). Elle s'applique donc également, mais sans effet rétroactif, quand l'événement assuré s'est produit avant le prononcé du changement de jurisprudence (ATF 140 V 154 consid. 6.3.2).

E. 10

En l'espèce, l'expertise appelle les commentaires suivants. En premier lieu, au plan formel, les conclusions du Pr G_____ et de Mme H_____ sont pour le moins imprécises s'agissant du début de l'incapacité de travail et de la nature de l'activité adaptée. Sur le fond, force est de constater que leurs diagnostics ne sont guère motivés. Si les troubles liés à l'utilisation d'alcool, de cannabis et de cocaïne ne nécessitent pas d'explication et d'étayage particuliers, tel n'est pas le cas du trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline. Or, à l'exception de

A/2054/2018 - 18/21 - quelques notions psychanalytiques – au demeurant difficilement accessibles aux profanes auxquels est destinée l'expertise – évoquant un Moi immature, des défenses archaïques, aucun des critères diagnostiques de ce trouble n'est analysé dans ce contexte. C'est ici le lieu de rappeler que selon la CIM-10, cette atteinte est définie comme suit : « Trouble de la personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse, une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les comportements impulsifs, une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés. Deux types peuvent être distingués: le type impulsif, caractérisé principalement par une instabilité émotionnelle et un manque de contrôle des impulsions, et le type borderline, caractérisé en outre par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur, comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires ». Le rapport d'expertise – malgré l'historique personnel fouillé qu'il contient – ne mentionne pas de telles manifestations dans le passé du recourant, et n'indique pas les éléments cliniques et anamnestiques fondant ce diagnostic. La simple mention de l'impulsivité du recourant ne suffit pas à pallier ce point. Du reste, comme le souligne à juste titre l'intimé, le parcours du recourant jusqu'en 2014 semble particulièrement stable, si l'on se réfère notamment au fait qu'il a conservé le même emploi pendant 14 ans. Sa vie sentimentale ne semble pas non plus émaillée par des relations particulièrement tumultueuses, dès lors qu'il est resté marié relativement longtemps et que ses relations subséquentes ne sont pas décrites comme conflictuelles. Le seul comportement autodestructeur rapporté relève de la consommation de drogue et d'alcool. Les experts n'exposent pas pourquoi ils s'écartaient du diagnostic de trouble mixte de la personnalité signalé par la Dresse D_____ – qui n'a au demeurant pas non plus été étayé par cette praticienne. Ce volet de l'expertise n'est ainsi pas suffisamment motivé pour se convaincre

de l'existence d'un trouble de la personnalité borderline, et partant du caractère secondaire de la consommation de substances. De plus, la gravité du trouble n'est pas non plus discutée, hormis la qualification de « trouble grave de la personnalité » dans le chapitre ayant trait au traitement exigible, ce qui ne satisfait manifestement pas aux exigences de motivation. Cet adjectif paraît du reste en contradiction avec la phrase suivante du rapport, qui retient que la pathologie du caractère a essentiellement trait au narcissisme. Par surabondance, les experts relèvent l'existence du trouble borderline depuis l'adolescence, sans signaler qu'il se serait décompensé. En particulier, l'augmentation de la consommation de cocaïne paraît mise en lien avec l'épisode

A/2054/2018 - 19/21 - dépressif traversé en juin 2014, et non avec une exacerbation de ce trouble. Cette appréciation est corroborée par le rapport du Pr C_____ du 24 juin 2014, qui imputait l'arrêt de travail à l'état dépressif. La simple mention du caractère évolutif d'un tel trouble par la Dresse D_____ ne suffit pas à admettre une décompensation. Dans ces circonstances, on comprend mal comment les experts ont pu admettre son incidence sur la capacité de travail, puisqu'elle était complète de 2000 à 2014. Partant, contrairement à ce que le recourant affirme, on ne saurait retenir l'effet invalidant de ce trouble depuis l'adolescence, eu égard au caractère économique de l'invalidité. En outre, les experts ne se sont pas prononcés sur les indicateurs développés par la jurisprudence en matière de gravité des troubles psychiques, en particulier sur les ressources et la cohérence. Si le caractère primaire ou secondaire de la dépendance n'est désormais plus décisif, eu égard à l'arrêt de principe du Tribunal fédéral de juillet 2019, force est de relever qu'une analyse à l'aune des indicateurs applicables révèle que ni le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline – fût-il avéré –, ni les troubles de la dépendance ne présentent les critères de gravité requis pour se voir reconnaître un caractère invalidant. S'agissant du degré de gravité inhérent aux diagnostics, il suffit de relever, à l'instar de l'intimé, que le trouble de la personnalité allégué et les dépendances n'ont pas entravé le recourant dans sa vie professionnelle pendant de nombreuses années. L'incapacité de travail survenue en 2013 était avant tout liée à un état dépressif sévère, lequel s'est depuis amendé selon la Dresse D_____ et les experts. Le recourant a du reste été en mesure de rechercher des stages et de s'impliquer dans son poste auprès de la Fondation E_____ pendant près d'une année en 2016. En ce qui concerne le critère de la résistance au traitement, eu égard au refus du recourant de se soumettre à une thérapie menée dans les règles de l'art – refus rapporté tant par les médecins traitants que les experts – on ne saurait en tirer de conclusion quant à la gravité des atteintes diagnostiquées, alors même que les experts admettent implicitement l'exigibilité d'un sevrage, à l'instar des Drs D_____, C_____ et I_____. S'agissant de l'éventuelle comorbidité que représente le trouble de la personnalité, son traitement apparaît clairement au second plan, ce qui est également indicateur d'une gravité moindre. Quant aux critères ayant trait au contexte social et à la cohérence, il apparaît que les atteintes diagnostiquées n'ont que peu d'incidence sur la vie sociale du recourant, ce dernier ayant indiqué aux experts qu'il se consacrait aux loisirs festifs et qu'il avait un important cercle d'amis, et il a eu deux relations sentimentales depuis la séparation de son épouse. Quant au poids de la souffrance tel que révélé par la mise à profit des mesures médicales ou de réadaptation, on ne peut que répéter que le recourant paraît ne pas vouloir se soumettre aux mesures que recommandent tant

A/2054/2018 - 20/21 - ses médecins traitants que les experts. Il n'a pas non plus exploité toutes les possibilités de réadaptation qui s'offraient à lui. On songera notamment aux

séances de coaching offertes par son ancien employeur, auxquelles il a renoncé, et à la mesure mise en place par l'OCE, qu'il jugeait insuffisamment personnalisée. Compte tenu de ce qui précède, conformément à la grille d'évaluation établie par la jurisprudence, les critères de gravité ne sont pas réalisés. C'est dès lors à juste titre que l'intimé a nié le droit aux prestations du recourant et sa décision sera confirmée. Les éléments du dossier suffisant à trancher le droit aux prestations, la chambre de céans renoncera à l'audition des médecins du recourant et des experts, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_440/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.1).

E. 11

Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPG). Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

* * * * *

A/2054/2018 - 21/21 - 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.