

GE_GERICHTE ATAS/835/2024 vom 29. Oktober 2024

GE Cour de justice, 2024-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_835_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/835/2024 du 29 octobre 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/835/2024 del 29 ottobre 2024

Erwägungen

E. 1.1

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. 1.2

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]). Selon l'art. 38 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (al. 4 let. c). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension précitée, le recours du 29 janvier 2024 contre la décision du 14 décembre 2023 est recevable.

E. 2.1

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.

E. 2.1.1

; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). 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 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 ; 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). 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

A/304/2024 - 13/29 - 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). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3), A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 2.2

Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1er janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est

A/304/2024 - 10/29 - déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1er janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). Dans les cas de révision selon

l'art. 17 LPGA, il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante pour le droit à la rente est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1er janvier 2022 sont applicables. La date de la modification se détermine selon l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3). En l'occurrence, la décision querellée porte sur la suppression au 1er mars 2022 de la rente d'invalidité entière octroyée à partir du 1er juillet 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 3.1

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références). Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et les références).

E. 3.2

En l'espèce, la recourante ne remet pas en cause l'octroi d'une rente d'invalidité entière accordée à partir du 1er juillet 2021, mais conteste la suppression de cette prestation dès le 1er mars 2022. Le litige a donc trait au maintien du droit de la recourante à une rente entière au-delà de cette date.

E. 4

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une

A/304/2024 - 11/29 - décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 148 V 321 consid. 7.3.1 ; 145 V 209 consid. 5.3 et les références). L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a) ou atteint 100% (let. b). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 149 V 91 consid. 7.5 et les références). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à l'accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 147 V 167

consid. 4.1 et les références). Une amélioration de la capacité de gain ou de la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré n'est déterminante pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Le fardeau de la preuve quant à cette amélioration de la capacité de travail incombe à l'administration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.2 et les références).

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 mai 2021 ?

E. 4.5

Dans quelle mesure les atteintes diagnostiquées limitent-elles les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien ? (N'inclure que les déficits fonctionnels émanant des observations qui ont été

A/304/2024 - 26/29 - 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

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations

d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui - en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part -, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du

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

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2). 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

A/304/2024 - 18/29 - 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 ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF

137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

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. 6.2

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

E. 7

En l'espèce, par décision du 14 décembre 2023, l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, pour la période limitée du 1er juillet 2021 au 28 février 2022, considérant que l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré dès le 1er novembre 2021, date à partir de laquelle la capacité de travail exigible était de 50%, portée à 70% dès le 1er décembre 2021. Trois mois après cette amélioration, le degré d'invalidité était donc de 30%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Cette appréciation repose sur les avis du SMR des 17 juillet et 30 octobre 2023, eux-mêmes essentiellement fondés sur le rapport d'expertise du 11 juillet 2023 du BEM, bien qu'ils comportent quelques divergences s'agissant des dates retenues pour l'augmentation de la capacité de travail.

E. 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/304/2024 - 27/29 -

E. 7.1.1

La chambre de céans constate d'emblée que le dossier mis à la disposition de la Dre H_____ et du Dr I_____ est manifestement incomplet. En effet, la recourante a été hospitalisée au printemps 2022 en raison de ses dépendances (rapport du 10 octobre 2023 du Dr K_____), mais le rapport relatif à cette hospitalisation ne figure pas parmi les pièces citées par les experts. D'ailleurs, seul le médecin psychiatre semble avoir eu connaissance de cet événement, puisque l'experte somatique a relevé une rechute à l'héroïne en octobre 2022 (expertise p. 14) et une autre à la cocaïne, sans mentionner de séjour en milieu médical (expertise p. 14). De même, l'évaluation consensuelle rapporte que l'intéressée a « avoué

deux rechutes » de consommations de mélange cocaïne et héroïne, mais ne fait pas état d'une hospitalisation (expertise p. 6). L'expert psychiatre a quant à lui d'abord signalé trois hospitalisations à la Clinique Belmont, soit « une première fois deux jours, puis trois semaines en 2019, puis deux fois en 2021 durant six semaines, puis quatre semaines » (expertise p. 27), ce qui est incohérent, puisque le nombre de séjour devrait être porté à quatre, lacunaire, car le séjour de 2022 n'est pas cité, et paradoxal avec un autre paragraphe du rapport, dans lequel le Dr I_____ a relaté trois hospitalisations, dont deux en 2021 et une brève en 2022 (expertise p. 36).

A/304/2024 - 19/29 - Selon les pièces soumises à l'appréciation de la chambre de céans, qui semblent en l'état correspondre au dossier transmis par l'intimé aux experts, la recourante aurait séjourné à la Clinique Belmont du 30 septembre au 21 octobre 2019 (rapport de séjour du 25 octobre 2019) et du 1er au 29 juin 2021 (rapport de séjour du 2 juillet 2021). Tout porte donc à croire que c'est la recourante elle-même qui a informé l'expert psychiatre d'une seconde hospitalisation en 2021 et du séjour de 2022. Le Dr I_____ aurait donc dû requérir tous les rapports d'hospitalisation afin de compléter son dossier. Dès lors que les experts ont tout ignoré de l'hospitalisation de 2022, en particulier sa durée, ses motifs précis, les diagnostics retenus, les constatations des médecins, les éventuelles investigations qui auraient été réalisées, ou encore le traitement prescrit, force est de constater que leur rapport ne saurait se voir reconnaître une valeur probante, faute d'avoir été rendu en pleine connaissance de cause et d'être basé sur une anamnèse complète. En l'état, il n'est pas possible de savoir si d'autres pièces médicales pertinentes auraient été rendues, puisque le dossier des experts ne comporte, à partir de l'année 2022, que des avis du SMR et le rapport d'IRM de la colonne cervicale du 27 avril 2022 (expertise p. 5 et 56).

E. 7.1.2

Par ailleurs, il est pour le moins surprenant que l'expert psychiatre n'ait pas jugé utile de s'entretenir avec les médecins qui suivent la recourante de longue date. Cela semblait pourtant s'imposer, puisque la situation de l'intéressée face à ses différentes dépendances a beaucoup varié et que le dossier ne comporte aucun document récent, le dernier rapport concernant ses dépendances remontant à l'automne 2021. À cet égard, il est rappelé qu'il ressort des pièces de la procédure que la recourante a effectué un séjour à la Clinique Belmont en 2019 afin notamment d'y suivre un sevrage d'alcool, cette consommation étant alors jugée comme problématique (rapport de séjour du 25 octobre 2019). Par la suite, au mois de mai 2021, le psychiatre traitant a mentionné une dépendance à l'alcool, utilisation continue, avec d'importantes consommations, et une dépendance aux opiacés, sous substitution (rapport du 29 mai 2021 du Dr D_____). Toutefois, le rapport relatif au séjour hospitalier de juin 2021 fait état de consommations d'alcool, mais également d'une reprise de la cocaïne et de l'héroïne, sporadiquement, malgré le traitement de méthadone (rapport de séjour du 2 juillet 2021). Trois mois plus tard, le médecin-répondant de la Clinique Belmont a noté que la patiente maintenait son traitement à la méthadone s'agissant du syndrome de dépendance aux opiacés, qu'elle était actuellement abstinente face au syndrome de dépendance à l'alcool, et en rémission complète du syndrome de dépendance aux benzodiazépines et du syndrome de dépendance à la cocaïne. L'évolution était ainsi favorable au niveau addictologique, compte tenu de l'absence de consommation des toxiques (rapport du 15 octobre 2021 du Dr E_____). Cette amélioration ne s'est manifestement pas poursuivie, puisque

A/304/2024 - 20/29 - la recourante a dû être à nouveau hospitalisée au printemps 2022 suite à la reprise de la consommation (rapport du 10 octobre 2023 du Dr K_____) et que l'experte somatique a rapporté deux autres rechutes, à l'héroïne en octobre 2022, et à la cocaïne sans la dater. Les analyses biologiques effectuées dans le cadre de l'expertise se sont révélées positives concernant les amphétamines, la cocaïne, les opiacés et la méthadone, et l'expertisée a reconnu une consommation « récente » de substances. On ignore donc sur quel élément s'est basé l'expert pour considérer que la recourante était en l'état abstinente et que la rémission pouvait être considérée comme partielle. En l'absence de toute pièce au dossier, il semble s'être fié aux seules déclarations de l'expertisée, sans les vérifier auprès des médecins traitants, quand bien même il a constaté que certaines affirmations de l'intéressée étaient fausses, soit celles concernant sa consommation d'alcool contredites par les analyses qui parlaient en faveur d'une consommation modérée (expertise p. 31). Ces incompatibilités justifiaient que le Dr I_____ prenne des renseignements auprès des spécialistes qui suivent l'expertisée. De surcroît, l'expert a rapporté que l'intéressée lui avait fait part de ses « envies récurrentes » de consommer de l'alcool, de la cocaïne et de l'héroïne (expertise p. 21), substances qu'elles consomme depuis l'âge de 13 ans pour les deux premières, respectivement depuis ses 15 ans pour la dernière (rapport du 15 octobre 2021 du Dr E_____), ce qui paraît peu compatible avec une rémission, même partielle, de ces syndromes de dépendance. Dans ces circonstances, l'évaluation de l'expert psychiatre, qui a retenu que l'intéressée était en rémission partielle de ses syndromes de dépendances aux opiacés, à l'alcool et à la cocaïne, avec un état d'abstinence lors de son expertise, semble douteuse.

E. 7.1.3

On pourra également observer que l'expert psychiatre a écarté le diagnostic de trouble de la personnalité, relevant cependant que celui-ci était bien documenté. Il estimait en effet, rétrospectivement, que le trouble déficitaire de l'attention expliquait mieux l'ensemble du parcours personnel, social et clinique de l'expertisée et qu'une bonne partie des manifestations qui pouvaient être retenues comme étant consécutives à un tel trouble de la personnalité avaient pu céder depuis l'introduction du traitement en mai 2021. Par ailleurs, l'intéressée rapportait la consommation de cocaïne comme quasi thérapeutique et faisait le lien entre sa première expérience et les bénéfices qu'elle retenait du traitement psychostimulant dans le contexte de trouble déficitaire de l'attention. En outre, elle ne rapportait pas de comportement auto-mutilant récurrent, n'avait jamais présenté et fait de tentative de suicide et on ne trouvait pas de sentiment de vide intérieur. L'impulsivité et les prises de décisions impulsives étaient mieux expliquées selon lui par le trouble déficitaire de l'attention qui pouvait impliquer une forme d'impulsivité, mais aussi les différentes consommations qui pouvaient elles-mêmes entraîner ou aggraver de telles conduites.

A/304/2024 - 21/29 - Cette motivation n'est pas suffisante pour nier un trouble admis de longue date par des spécialistes qui suivent régulièrement la recourante. Il ressort notamment d'un rapport du 14 août 2016 établi par un psychiatre de la Fondation Phénix que la recourante souffrait d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), depuis 1994. Le Dr D_____ a diagnostiqué un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, type mixte avec forte impulsivité (F90), mais également un trouble mixte de la personnalité sévère dyssociale et dépendante avec d'importants traits schizotypiques (F60.0). Il a donc également considéré, à l'instar de l'expert, que l'impulsivité pouvait être rattachée au trouble déficitaire de l'attention, ce qui ne l'a pas

empêché de confirmer le trouble de la personnalité (rapport du 29 mai 2021). Selon les deux rapports au dossier concernant les séjours à la Clinique Belmont, où l'intéressée a été soignée par des spécialistes durant plusieurs semaines, les diagnostics principaux étaient un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31) et un syndrome d'hyperactivité avec un trouble de l'attention, chez l'adulte (F90.0) (rapports de séjour des 25 octobre 2019 et 2 juillet 2021). Le Dr E_____ a lui aussi confirmé l'existence d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline (F60.31 ; rapport du 15 octobre 2021). Enfin, le Dr L_____ a notamment posé comme diagnostic existant en mars 2022 une personnalité émotionnellement labile (F60.3) ou des troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité (F61). Il a expliqué que la patiente présentait des traits de personnalité dysfonctionnels appartenant au cluster B (dont une instabilité affective liée à une forte réactivité de l'humeur, des difficultés pour contrôler sa colère, une impulsivité, une instabilité de l'image de soi et encore des modes de relations interpersonnelles tendant à l'excessivité) qui avaient permis de retenir le diagnostic de trouble de la personnalité, personnalité émotionnellement labile, avec comme diagnostic différentiel des troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité pour la présence de traits notamment dépendants et dyssociales. D'autre part, selon son dossier et les observations directes de l'équipe de la Clinique Belmont, qui s'étaient sur une prise en charge de longue durée, la présence des traits de personnalité dysfonctionnels évoqués restait la plupart du temps au premier plan, y compris durant les phases d'abstinence à la consommation de toxiques, ainsi qu'après l'introduction du traitement psychostimulant pour son trouble déficitaire de l'attention (rapport du 16 février 2024).

E. 7.1.4

Au niveau neuropsychologique, l'expert psychiatre a considéré que le traitement actuel était efficace s'agissant du trouble déficitaire de l'attention et que l'intéressée ne présentait pas de trouble cognitif, en particulier que l'attention et la concentration étaient restituées par le traitement psychostimulant. Dès lors qu'il n'a retenu aucun diagnostic incapacitant et qu'il a conclu à une capacité de travail de 70% depuis le mois de novembre 2021, mentionnant que cette capacité était

A/304/2024 - 22/29 - altérée par une très longue période d'inactivité professionnelle, on peut en déduire que l'expert a considéré que la recourante ne présentait plus de troubles cognitifs incapacitants depuis le mois de novembre 2021. Toutefois, il est rappelé que le Dr D_____ avait constaté des capacités mnésiques altérées (rapport du 29 mai 2021) et que le bilan neuropsychologique du Dr E_____ avait mis en évidence des troubles sévères de la mémoire antérograde et des troubles légers de certaines fonctions exécutives, compatibles avec un dysfonctionnement d'origine toxique (rapport du 19 mai 2021). De plus, si le Dr E_____ a estimé que l'évolution était favorable au niveau addictologique depuis le mois de juin 2021, il ne s'est pas déterminé sur les troubles cognitifs (rapport du 15 octobre 2021). Il paraît donc peu probable que les importants déficits constatés en mai 2021 se soient complètement amendés en moins de six mois, ce d'autant plus que les troubles existaient depuis plusieurs années, le Dr C_____ ayant fait état de troubles cognitifs importants depuis, semble-t-il, 2018 (rapport peu lisible du 1er mars 2021). Comme déjà observé, les pièces produites par les parties ne comportent pas de rapports établis en 2022, de sorte que la disparition des troubles cognitifs à l'automne 2021, telle que retenue par le Dr I_____, ne saurait en l'état être considérée comme établie. En effet, l'examen neuropsychologique auquel s'est soumise la recourante dans le cadre de l'expertise, et dont

les résultats se sont révélés dans la norme, ne permet de tirer aucune conclusion pour la période antérieure. Enfin, il sied de rappeler que les résultats dudit examen sont remis en cause par le Dr L_____, lequel a attesté de la présence de troubles cognitifs, à mettre vraisemblablement en lien en premier lieu avec le traitement de substitution, ainsi qu'avec le trouble déficitaire de l'attention, qui était caractérisé par un impact sur la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives (rapport du 16 février 2024).

E. 7.1.5

Les conclusions du Dr I_____ sont donc très éloignées de celles des autres médecins, s'agissant des diagnostics retenus et de leur évolution, mais également concernant leurs répercussions sur la capacité de travail de l'expertisée. Comme déjà relevé, l'évolution favorable de l'état de santé de la recourante durant l'année 2021 qui lui aurait permis de disposer d'une capacité de travail de 70% au mois de mai 2021 n'est pas établie. Au contraire, elle est mise à mal par l'hospitalisation de 2022. L'évaluation de l'expert psychiatre est en outre fermement contredite par les autres médecins appelés à se déterminer sur la capacité de travail de l'intéressée. Ainsi, le Dr D_____ avait observé que l'évolution de l'état de santé de la patiente était excellente grâce à l'introduction d'un psychostimulant, mais que sa capacité de travail demeurait en l'état nulle (rapport du 29 mai 2021). Il a confirmé cette appréciation, en attestant que ladite capacité avait été de 0% de 2011 à mai 2021, date de la fin de son suivi (questionnaire du 19 février 2024). Le

A/304/2024 - 23/29 - Dr K_____, qui a repris le suivi de l'intéressée depuis le 15 septembre 2021, a considéré que la symptomatologie observée ne permettait pas d'évoquer une reprise d'activité professionnelle, que cette dernière ne pouvait en l'état pas être envisagée, au regard de l'instabilité et de l'état non consolidé (rapport du

E. 7.1.6

L'évolution favorable de certaines dépendances durant une période limitée et l'amélioration partielle de l'état de santé de la recourante grâce au traitement, mais aussi à ses efforts afin de développer des compétences lui permettant de mieux faire face aux limitations fonctionnelles pouvant découler de ses troubles psychiques (cf. notamment rapports des 15 octobre 2021 du Dr E_____ et 16 février 2024 du Dr L_____) ne suffisent en aucun cas pour conclure que l'intéressée aurait récupéré une capacité de travail suffisante pour justifier la suppression de la rente entière d'invalidité. Pour ces diverses raisons, le rapport d'expertise du BEM ne saurait se voir attribuer une quelconque valeur probante. Le SMR ne pouvait donc pas se fonder sur cette expertise pour conclure que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% dès le mois de novembre 2021 et de 70% dès le mois de décembre 2021.

E. 7.2

Est-ce que la personne expertisée présente des traits de la personnalité pathologiques et, si oui, lesquels ?

E. 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 ?

E. 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 8.1 Quelles sont les ressources résiduelles de la personne expertisée sur le plan somatique ? 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 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. 9.2 La personne expertisée est-elle capable d'exercer son activité lucrative habituelle ? 9.2.1 Si non, ou seulement partiellement, pourquoi ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 9.2.2 Depuis quelle date sa capacité de travail est-elle réduite/ nulle ? 9.3 La personne expertisée est-elle capable d'exercer une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles ? 9.3.1 Si non, ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? 9.3.2 Si oui, quel est le domaine d'activité lucrative adaptée ? A quel taux ? Depuis quelle date ? 9.3.3 Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer. 9.4 Comment la capacité de travail de la personne expertisée a-t-elle évolué depuis le mois de mai 2021 ? 9.5 Des mesures médicales sont-elles nécessaires préalablement à la reprise d'une activité lucrative ? Si oui, lesquelles ? A/304/2024 - 28/29 - 9.6 Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ?

E. 10

Traitement

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.

E. 11

Appréciation d'avis médicaux du dossier

E. 11.1

Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr L_____ du 16 février 2024 ? En particulier avec les diagnostics posés, les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 0% à 25% depuis le mois de mai 2021 ? Si non, pourquoi ?

E. 11.2

Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr E_____ du 15 octobre 2021 ? En particulier avec les diagnostics posés, leur influence sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles constatées? Si non, pourquoi ?

E. 11.3

Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr K_____ du 10 octobre 2023 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail de 0% depuis à tout le moins le mois de septembre 2021 ? Si non, pourquoi ?

E. 11.4

Êtes-vous d'accord avec l'avis du Dr I_____ du 11 juillet 2023 ? En particulier sur l'existence d'une rémission complète pour les benzodiazépines, mais partielle pour les opiacés, la cocaïne et l'alcool, ainsi que sur l'absence de limitation en raison d'une bonne tolérance globale de ces usages ? Si non, pourquoi ?

E. 12

Quel est le pronostic ?

E. 13

Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ?

E. 14

Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.

A/304/2024 - 29/29 - II. Invite l'expert à déposer, dans les meilleurs délais, son 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.

La greffière

Julia BARRY

La présidente

Joanna JODRY

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties par le greffe le

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