

## **GE\_GERICHTE A/2054/2018 vom 6. August 2019**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2054\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2054_2018)

FR: GE\_GERICHTE A/2054/2018 du 6 août 2019

IT: GE\_GERICHTE A/2054/2018 del 6 agosto 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 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).

#### **E. 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 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 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 asséurologique 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 ). 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). 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 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 9 janvier 2015 consid. 5.4). Dans un très récent arrêt de principe (arrêt 9C\_724/2018 du 11 juillet 2019 destiné à la publication), notre Haute Cour est revenue sur le caractère invalidant des dépendances. Elle a modifié sa jurisprudence en ce sens que des syndromes de dépendance ou des troubles liés à la consommation de substances diagnostiqués par des spécialistes ne peuvent plus d'emblée se voir nier toute pertinence du point de vue de l'assurance-invalidité (consid. 5.3.3). Leur incidence sur la capacité de travail doit désormais être déterminée au moyen de la grille d'évaluation applicable en matière de troubles somatoformes douloureux et de troubles psychiques (consid. 6.2). 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). 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 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 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 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). 11. Le recours est rejeté. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis 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]). \* \* \* \* \* 41 42 43 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.