



DEPRESSION ET JURISPRUDENCE

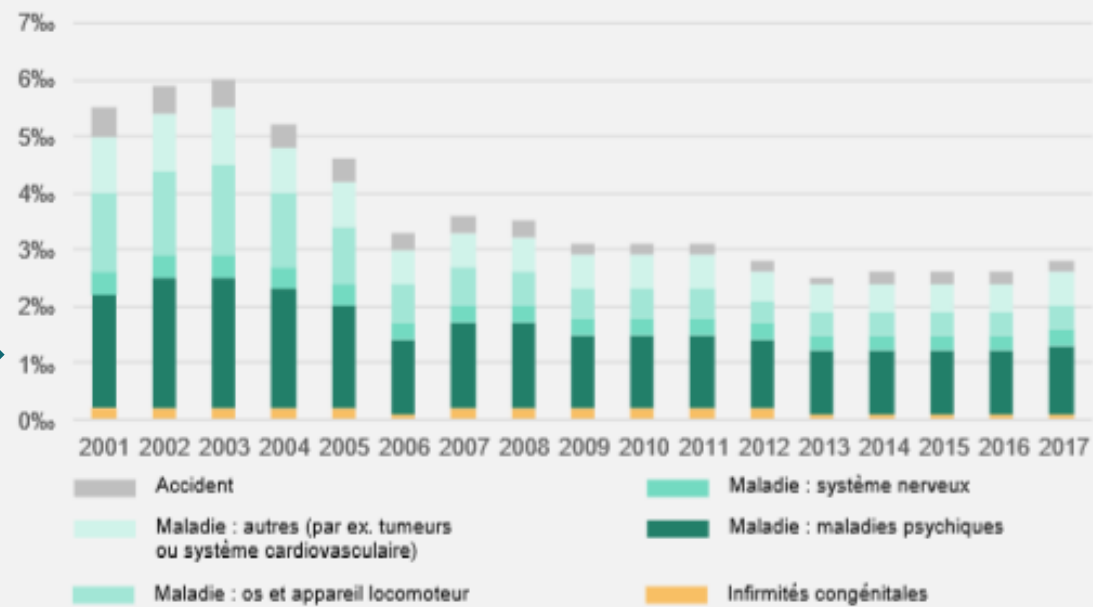
8^{ème} cours de formation continue-1^{er} novembre 2018

Olivier Bleicker, avocat

* L'orateur s'exprime à titre personnel

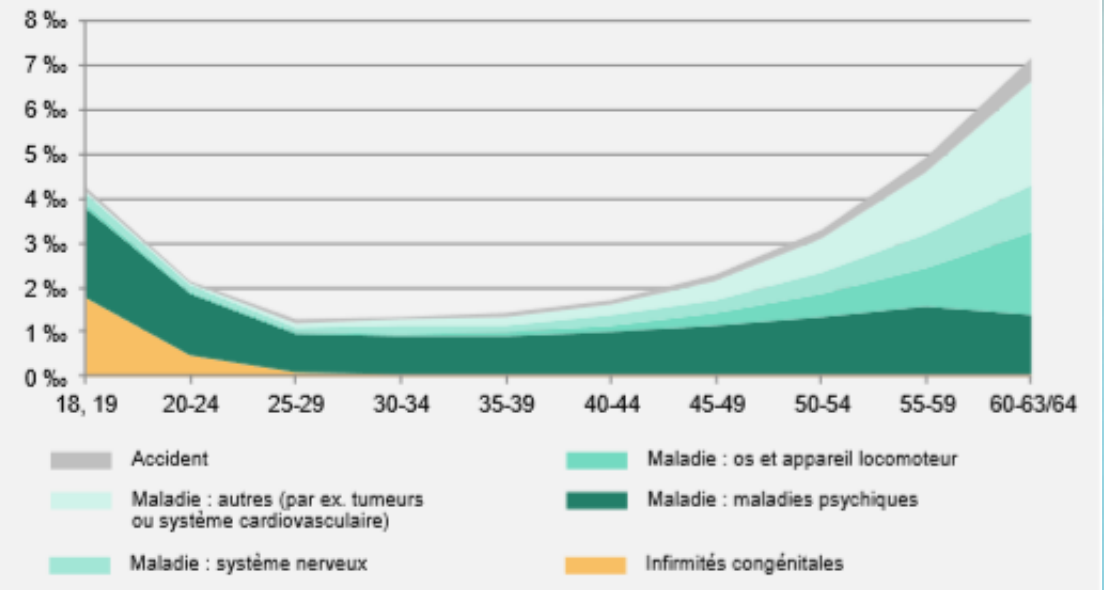
Invalidité et maladies psychiques

G10 Évolution du taux de nouvelles rentes en Suisse par cause d'invalidité, de 2000 à 2017



Source : Registre central des rentes AVS/AI

G9 Taux de nouvelles rentes en Suisse, par cause d'invalidité et par âge, 2017

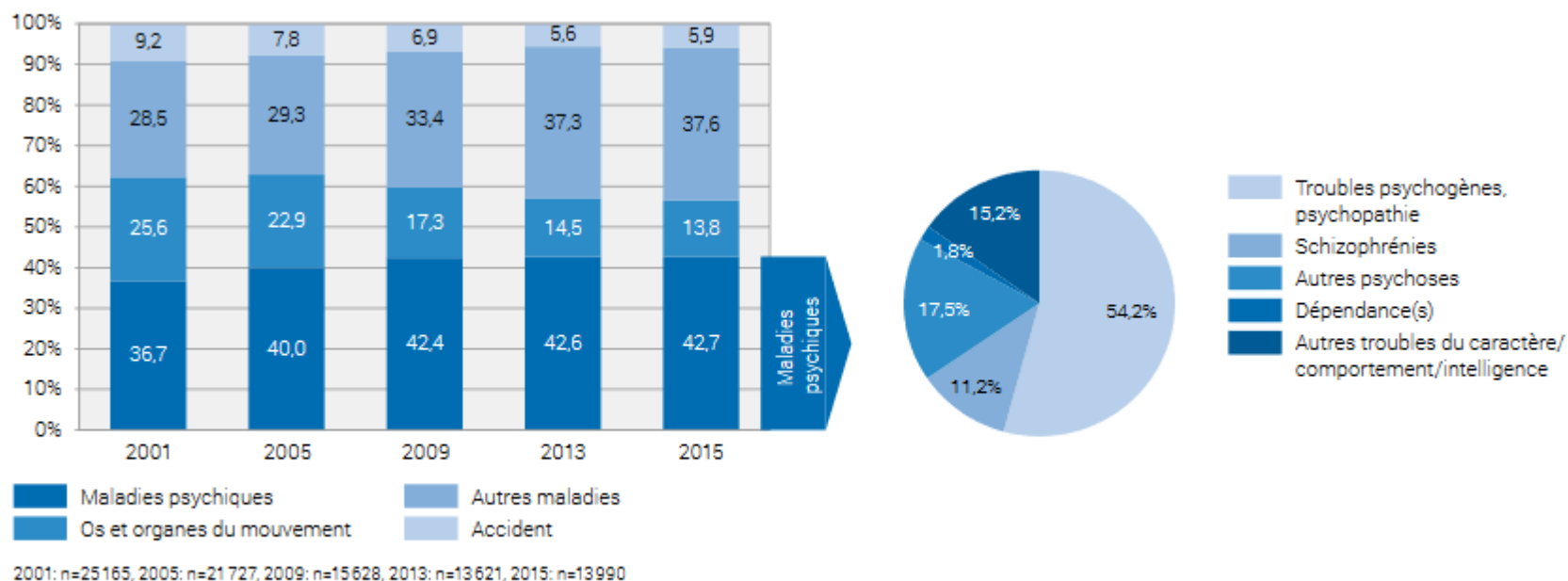


Source : Registre central des rentes AVS/AI

Actuellement, environ **43 %** des rentes AI reposent sur des motifs psychiques. Elles constituent ainsi le motif d'invalidité le plus fréquent.

Part des nouveaux bénéficiaires de rente, selon la cause d'invalidité, 2001-2015

G 5.2



Source: OFAS - Statistique de l'AI 2001, 2005, 2009, 2013, 2015

© Obsan 2016

Note: La classification (statistique) des troubles psychiques établie par l'assurance-invalidité diffère des classifications psychiatriques reconnues.

Rappels

- Près d'une personne sur deux souffre, un jour ou l'autre, de troubles psychiques au cours de sa vie;
- Près de 30% de la population font état de symptômes dépressifs;
- Près de 5% des personnes interrogées en Suisse estiment avoir des problèmes psychiques importants et environ 13% des problèmes psychiques moyens;
- Près de 5,4 % de la population se faisaient traiter pour des problèmes psychiques (année 2012);
- On observe d'une manière générale que les problèmes psychiques vont de pair avec un recours accru aux soins médicaux. Les personnes qui font état de problèmes psychiques importants, ou qui souffrent de problèmes à la fois psychiques et somatiques, sont particulièrement nombreuses à consulter un médecin plusieurs fois par an.

Source: Obsan, La santé psychique en Suisse, Monitoring 2016

Atteinte à la santé – point de vue médical

- Conception bio-psycho-sociale;
- Selon le DSM-V, un examen psychiatrique complet doit évaluer tous les facteurs biologiques, psychiques et sociaux qui ont contribué à l'apparition de l'atteinte à la santé et qui continuent de l'influencer;
- Plus la maladie dure depuis longtemps, plus il est difficile de distinguer clairement ces trois facteurs et leur influence respective sur une éventuelle incapacité fonctionnelle. La distinction dépendra beaucoup de l'expert et sera donc subjective (p. ex.: retenir 10 % d'incapacité de travail en raison des difficultés liées à un divorce).

Atteinte à la santé – point de vue juridique

- Conception bio-médicale;
- Exclusion des facteurs psychosociaux et/ou socioculturels (p. ex. déracinement, émigration, éloignement des siens, sentiments d'insuffisance, analphabétisme, etc.) s'ils conduisent directement à une diminution de la capacité de travail (ATF 127 V 294).

Incapacité de travail – art. 6 LPGGA

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.

Incapacité de gain – Art. 7 LPGGA

¹ 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.

² Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. **De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.**

Invalidité – art. 8 al. 1 LPGA

¹ Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Notion d'invalidité

- Incapacité de travail: notion juridique et non médicale;
- Pas de corrélation entre un diagnostic médical et l'incapacité de travail;
- Incapacité de gain: seulement si celle-ci n'est pas **objectivement surmontable** (art. 7 al. 2 LPGA).

Veut-il travailler sans le pouvoir ? ou peut-il travailler sans le vouloir ?

«Dis-moi les faits, je te dirai le droit»

(Da mihi factum, dabo tibi ius)

- La délimitation entre *questions de fait* et *questions de droit* est la première et la plus fondamentale distinction que le juriste rencontre. Elle se présente invariablement dans chaque procédure.
- Le rôle des experts est d'abord de juger l'état de santé de la personne concernée et, si nécessaire, de décrire son développement au cours du temps (pronostic), c'est-à-dire d'établir avec les moyens appropriés les bases médicales en tenant compte des plaintes subjectives et de poser le diagnostic. En cela, l'expert remplit son devoir légal **pour lequel ni l'administration, ni le tribunal en cas de litige, ne sont compétents.**
- Le médecin s'exprime donc sur l'incapacité de travail (art. 6 LPGA).

- La constatation d'une atteinte à la santé est donc une question de fait comme le pronostic (constatation médicale à propos du développement futur prévisible d'un dommage à la santé dans le cas d'espèce) et la pathogenèse (étiologie) au sens de la constatation des causes d'un dommage à la santé là où elle est nécessaire du point de vue de l'assurance-invalidité (p. ex. en cas d'infirmité congénitale).
- La prise de position médicale portant sur la capacité fonctionnelle encore existante ou la disponibilité de ressources dont une personne assurée bénéficie encore dans le cas particulier (important surtout en cas d'atteinte à la santé psychique) est aussi une question de fait.

Dans ce sens, la capacité ou l'incapacité de travail constatée médicalement sur la base d'investigations (médicales) est une question de fait.

- La notion d'activité encore exigible relève aussi du fait.

- Il n'appartient en revanche pas aux médecins (experts) de décider en lieu et place de l'organe de l'assurance-invalidité qui applique le droit (administration, tribunal) si les éléments de fait constatés d'un point de vue médical (symptômes, douleurs, etc.) conduisent à une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA (durable ou passagère; d'un degré et d'une intensité certaine).
- Trois raisons s'opposent à l'acceptation d'un tel pouvoir décisionnel médical.
D'abord, la capacité de travail est une notion juridique indéterminée ressortant de la loi au sens formel (art. 6 LPGA). Sa concrétisation générale revient donc à l'organe d'application du droit.

Deuxièmement, le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA) exige une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu. Même à ce stade, les exigences de la loi et de la jurisprudence ne doivent pas être omises.

Troisièmement, il appartient aux organes d'application du droit de veiller à une application uniforme (et égale) de la loi (art. 8 al. 1 Cst., art. 29 al. Cst.). Cela suppose un examen libre et critique des conclusions médicales.

- Les conclusions relatives à la reconnaissance ou à la négation d'une capacité résiduelle de travail fondent le droit à une rente d'invalidité; elles relèvent donc de l'application du droit (et non pas de l'établissement des faits).

Source: MEYER/CRETTON, Question de fait – question de droit, 2016.

Synthèse: La tâche des organes chargés de l'application du droit

Vérifier librement et de manière critique les indications fournies par l'expert, en particulier s'il a respecté le cadre normatif déterminant:

- Est-ce que l'expert a exclusivement tenu compte de déficits fonctionnels qui découlent d'une atteinte à la santé (art. 7 al. 2, 1^{ère} phrase LPGA);
- Est-ce que l'appréciation médicale de l'exigibilité a été effectuée sur une base objectivée (art. 7 al. 2, 2^{ème} phrase LPGA).

But: garantir une évaluation de la capacité de travail uniforme et respectueuse de l'égalité de traitement (ATF 140 V 290 consid. 3.3.1; 135 V 201 consid. 7.1.3).

Remarques

L'expert médical ne doit par conséquent pas, comme cela arrive encore souvent, donner son avis selon sa libre appréciation et, à côté de cela, fournir les éléments sur la base desquels les organes d'application procèdent ensuite à une évaluation parallèle détachée de l'appréciation médicale subjective.

Il n'y a pas une notion médicale et une notion juridique de la capacité de travail qui devraient être examinées séparément et qui seraient régies par des règles différentes.

Ancienne jurisprudence – ATF 140 V 193

Le Tribunal fédéral a considéré que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne pouvaient être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué.

Ce n'était que dans cette hypothèse - rare, car il était admis que les dépressions étaient en règle générale accessibles à un traitement - qu'il était possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2e phrase, LPGA.

Cette jurisprudence avait pour corollaire qu'une évaluation médicale portant sur le caractère invalidant de troubles de la lignée dépressive devait reposer non seulement sur un diagnostic constaté selon les règles de l'art, mais également sur une description précise du processus thérapeutique (y compris le traitement pharmacologique) et sur une évaluation détaillée de l'influence d'éventuels facteurs psychosociaux et socioculturels sur l'évolution et l'appréciation du tableau clinique.

Rappel: analyses de laboratoire

Prescription: Risperdal 1mg/jour

Résultat : Les résultats de la prise de sang et d'urine indiquent que le Rispéridone n'est pas décelable.

Conclusion ? : L'assuré n'est pas compliant au traitement médicamenteux ?

La substance mère du Risperdal, la rispéridone, n'a pas été détectée car elle est inférieure au seuil de détection analytique;

Pourquoi ?

1. Du fait de son rapide métabolisme, la concentration de rispéridone est fréquemment inférieure à celle de son métabolite;
2. La posologie habituelle est supérieure à 1 mg/jour de Risperdal. Il est donc normal que les valeurs soient inférieures aux valeurs de référence.

Episodes maniaques dans les troubles bipolaires (adultes et adolescents de plus de 15 ans)

La rispéridone devrait être administrée 1× par jour le soir. La dose initiale recommandée est de 2 mg/jour. Si une adaptation posologique est indiquée, elle se fera par paliers de 1 mg et pas plus souvent que toutes les 24 heures.

Changement de jurisprudence – ATF 143 V 409 et 418

Le 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente AI en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux (arrêt du 17 juin 2015, ATF 141 V 281), selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs, s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques.

Pour les dépressions légères à moyennes en particulier, cela a pour conséquence que le critère de «résistance à la thérapie» comme condition pour obtenir une rente AI n'a plus la même importance. **Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit continuer toutefois à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, compte tenu du fait qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible.**

Indicateurs selon l'ATF 141 V 281

Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale – et en fonction des cas particuliers – peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes:

Catégorie « Degré de gravité fonctionnelle »

- Complexe « Atteinte à la santé »
 - Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic;
 - Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard;
 - Comorbidité.
- Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité versus ressources personnelles)
- Complexe « Contexte social »

Catégorie « Cohérence »

- Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie
- Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie pour le traitement et la réadaptation

Tâches de l'expert

- Examen de l'atteinte à la santé. La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé suppose donc la présence d'un diagnostic émanant d'un médecin spécialiste de la discipline concernée et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (voir ATF 141 V 281 consid. 2.1 et la référence; p. ex. CIM-10);
- Diagnostic doit résister aux motifs d'exclusion selon l'ATF 131 V 49 = pas d'atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche repose sur une exagération ou une manifestation analogue;
- Se prononce sur les répercussions de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur l'aptitude à accomplir une certaine activité (habituelle ou exigible):
 - Évaluation des déficits fonctionnels **résultant des éléments qui ont été déterminants pour diagnostiquer l'atteinte à la santé**;
 - Comparaison des limitations dans les fonctions de la vie quotidienne aux exigences de la vie professionnelle puis conversion en une éventuelle limitation de la capacité de travail à l'aide des indicateurs du degré de gravité et de la cohérence;
 - Ressources à disposition.

Dans ce cadre, il convient 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 limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs).

Pour des questions de proportionnalité, il peut être renoncé à la procédure structurée d'administration des preuves lorsque celle-ci n'est pas nécessaire ou qu'elle ne convient pas. Cela dépendra du besoin concret de preuve.