

GE_GERICHTE ATAS/1015/2013 vom 10. Oktober 2013

GE Cour de justice, 2013-10-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1015_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1015/2013 du 10 octobre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1015/2013 del 10 ottobre 2013

Erwägungen

E. 1

La compétence de la Cour de céans et la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été admises, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit du recourant à une demi-rente d'invalidité au-delà du 30 septembre 2008.

E. 3

Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références).

A/2696/2011 - 8/14 - Aux termes de l'art. 17 LPGa, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351, 125 V 368 consid. 2 p. 369 et la référence; voir également ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372 et 387 consid. 1b p. 390).

E. 4

En l'espèce, il convient donc de vérifier si l'état de santé du recourant s'est effectivement amélioré entre le 1er octobre 2007 – date à compter de laquelle l'intimé lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité – et le 1er juillet 2008 – date à partir de laquelle l'intimé a considéré que le recourant avait recouvré une pleine capacité de travail.

E. 5

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

A/2696/2011 - 9/14 -

E. 6

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

E. 7

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti

pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence

A/2696/2011 - 10/14 - accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 8

En l'espèce, le recourant fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail et sa conviction que son état se serait amélioré sur le rapport rendu le 11 octobre 2010 du Dr C_____. Ce dernier a basé son expertise sur la base du dossier mis à sa disposition, de l'examen de l'assuré, de deux entretiens téléphoniques supplémentaires avec ce dernier, d'un questionnaire d'auto-évaluation, d'analyses sanguines et d'un entretien avec le psychiatre-traitant. Au terme d'un rapport fouillé, faisant état, notamment des plaintes du patient et des observations cliniques ainsi que du résultat des différents tests passés, le Dr C_____ a retenu les diagnostics de neurasthénie, trouble anxieux sans précision et accentuation de certains traits de personnalité avec éléments d'une personnalité anxieuse et dépendante mais a considéré que ces constats diagnostics étaient sans influence sur la capacité de travail de l'assuré. L'expert a émis l'avis que l'augmentation du taux de travail effectué au début de l'année 2008 s'était certainement faite de manière trop rapide et qu'il aurait fallu procéder par paliers. De cet événement, il a tiré la conclusion qu'il y avait eu un trouble d'adaptation momentané qui aurait nécessité quatre à six mois supplémentaires, avec augmentation du taux d'occupation par paliers, pour aboutir à une reprise totale du travail à compter du 1er juillet 2008. Pour le détail, l'expert s'est livré à une anamnèse détaillée. A l'heure de l'examen, l'expert a dit n'avoir constaté ni trouble majeur visible sur le plan cognitif, ni signaux psychopathologiques majeurs. Il a relevé que le dosage médicamenteux avait révélé une non-compliance. Par ailleurs, l'expert a estimé qu'il existait un certain nombre de facteurs extra-médicaux (facteurs sociaux divers, changement de contrat avec l'employeur, besoins familiaux, plaintes relatives aux symptômes, manque de motivation) dont il a estimé qu'il était nécessaire de tenir compte dans l'appréciation finale. Ainsi que cela a été dit, ce rapport, fondé sur une anamnèse détaillée, un examen clinique du recourant et tenant compte des plaintes rapportées par ce dernier, établi en pleine connaissance du dossier et aux conclusions dûment motivées pouvait a priori se voir reconnaître pleine valeur probante. Cependant, des doutes suffisamment importants ont été jetés sur ses conclusions par l'expertise du Dr D_____, produite par le recourant à l'appui de sa position. En effet, le Dr D_____ a émis un grand nombre de critiques à l'encontre de l'expertise du Dr C_____, auquel il a notamment reproché

A/2696/2011 - 11/14 - un certain nombre de manquements, au nombre desquels, notamment, le fait de n'avoir pas réalisé que l'expertisé avait besoin de donner une bonne image de lui, de n'avoir pas tenu compte des différentes tentatives de reprise du travail, d'avoir sous-estimé l'anxiété du recourant en laissant entendre qu'une inquiétude non fondée n'avait pas de valeur, tout comme les aspects de surcharge et d'épuisement, etc. Le Dr D_____ a en particulier réfuté l'existence de facteurs extra-médicaux et celle d'un fort décalage entre l'appréciation subjective de l'assuré et la réalité psychiatrique objective. Cependant, il est vrai que le Dr D_____, s'il a jeté le doute sur les conclusions du Dr C_____, n'a pas permis de tirer de conclusions fiables sur le plan clinique. En effet, les conclusions de l'expertise du Dr D_____ ne reposent pas sur

des observations cliniques approfondies mais semblent bien plutôt résulter d'une appréciation fondée pour l'essentiel sur les plaintes de l'intéressé et sur une analyse descriptive des documents médicaux versés au dossier. Le Dr D _____ paraît ainsi s'être plutôt concentré sur la critique de l'expertise du Dr C _____, plutôt que d'étayer suffisamment ses propres conclusions. La lecture de son rapport donne l'impression que l'expert s'est écarté de la mission qui lui avait été confiée pour se fixer comme seul objectif de trancher la querelle opposant l'expert désigné par l'OAI et le psychiatre traitant, en faveur de ce dernier. Ainsi que devait le relever par la suite l'expert judiciaire, le Dr D _____ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique à proprement parler et le status psychiatrique n'en n'est pas un puisqu'il n'a aucune sémiologie. Par ailleurs, s'il a retenu une diminution des fonctions cognitives, il ne l'a pas décrite dans ses observations cliniques. C'est la raison pour laquelle la Cour de céans a décidé de mettre sur pied une expertise judiciaire. 16. Le Dr F _____, désigné par la Cour de céans, a rendu en date du 5 février 2013 un rapport auquel il convient de reconnaître pleine valeur probante. En effet, il se base sur quatre entretiens ambulatoires avec l'assuré, un entretien téléphonique, l'étude du dossier de l'AI et de la Cour, des examens supplémentaires (biologie sanguine et électroencéphalographie). Ce rapport apparaît surtout particulièrement bien motivé et étayé. L'expert a retenu à titre de diagnostic principal un déclin cognitif induit par la chimiothérapie. Certes, il a admis qu'il s'agit-là d'une entité nosologique nouvelle qui ne figure ni dans la classification du CIM-10 ni dans le DSM IV mais il a aussi expliqué en détail en quoi consiste ce diagnostic - qui se caractérise par la survenance progressive et au long cours de déficits de mémoire, de capacité d'apprentissage, de concentration, du raisonnement, des fonctions exécutives, de l'attention et des compétences visio-spatiales -, son évolution clinique et ses conséquences chez le patient, qui, conscient de sa

A/2696/2011 - 12/14 - défaillance cognitive, développe souvent une anxiété majeure, avec un désarroi face à l'incompétence, une perte de l'estime de soi, une désorganisation et une irritabilité si bien que chaque effort supplémentaire se traduit par une fatigue intense confinant à l'épuisement total nécessitant un temps de travail extraordinairement augmenté. Les phénomènes liés à la fatigue, à l'anxiété et à l'irritabilité qui résultent de l'incompréhension et parfois de l'intolérance de l'entourage majorent les symptômes. L'expert a produit un article médical confirmant ses dires. En outre, la fatigabilité extrême invoquée a été objectivée par l'hypersomnie mise en évidence lors des examens ad hoc. On ne saurait ainsi suivre l'intimé lorsqu'il conclut à l'absence de pathologie du sommeil alors même que l'examen a mis en évidence une durée de sommeil avoisinant les 15 heures. Quant à l'absence de bilan neuropsychologique, l'expert a clairement expliqué qu'un tel bilan ne permettrait pas de mettre en évidence les altérations, d'autant plus qu'il est rare - voire exceptionnel - de disposer d'un comparatif antérieur aux traitements anticancéreux. Les seuls éléments probants consistent en la fatigabilité et dans le moindre rendement au dernier test. En définitive, l'expert a expliqué de manière convaincante qu'il y avait chez l'assuré, incontestablement, détérioration des facultés cognitives, avec en particulier une atteinte de la mémoire de fixation, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives et de la capacité d'apprentissage. Il a ajouté que l'anxiété générée par ce déclin cognitif, l'irritabilité face à la perte de ses capacités et l'incompréhension des autres, la susceptibilité en résultant aggravent les capacités globales et entravent davantage les facultés. L'expert a précisé qu'en l'état actuel des connaissances, il n'était pas possible de dire s'il s'agit d'un trouble anxieux organique lié à une dégénérescence cérébrale

consécutives à une neurotoxicité ou si l'anxiété est la conséquence des déficits constatés. Il a ajouté que la fatigue, relevant de divers facteurs (possibles atteintes inflammatoires du système nerveux central, démyélinisation de la substance blanche, réduction de la prolifération des cellules de l'hippocampe et des oligodendrocytes) expliquait aussi les troubles psychiques. L'expert a nuancé sa position, expliquant que le degré de gravité des troubles pouvait être considéré comme moyen pour certains et sévère pour d'autres. Ainsi, le besoin de sommeil, qui chez un individu normal ne peut atteindre les presque quinze heures sur vingt-quatre, a été qualifié de sévère (la polysomnographie du 6 au 7 décembre a montré un temps de sommeil de quatorze heures et cinquante et une minutes, durée relatée par le patient et objectivée par l'EEG). Quant aux symptômes d'intensité moyenne, il s'agit de l'effort fait par le patient pour maintenir un niveau de vie actif qui lui permet

A/2696/2011 - 13/14 - malgré une fatigabilité extrême de préserver un niveau moyen dans des limites données. Certes, seul le trouble anxieux retenu par l'expert a une valeur diagnostic, non le déclin cognitif induit par la chimiothérapie mais il convient de relever que notre Haute Cour a récemment et à plusieurs reprises reconnu que, dans 30 à 40% des cas, un patient traité pour un cancer peut ressentir une fatigue en relation avec celui-ci plusieurs années après la fin du traitement, que l'origine de cette douleur est complexe, des facteurs somatiques, émotionnels, cognitifs et psychosociaux interagissent mais que le CrF ne peut cependant être assimilé à un trouble somatoforme ou à un syndrome de fatigue chronique. Même s'il n'a pas encore été intégré dans les classifications internationales des maladies, il constitue un symptôme d'accompagnement du cancer, dont il est une cause organique indirecte (cf. notamment arrêt 8C_32/2013 du 19 juin 2013). C'est ainsi en vain que l'intimé fait valoir que le cancer étant en rémission, il ne saurait plus y avoir la moindre répercussion en termes de limitations fonctionnelles. Celles-ci ont été en l'occurrence précisément décrites par l'expert. Elles consistent en une perte partielle des facultés cognitives et en une fatigabilité exacerbée. Il convient dès lors de suivre les conclusions de l'expert judiciaire lorsque celui-ci estime que le taux d'incapacité réel a augmenté et non pas diminué depuis septembre 2008. C'est dès lors à tort que l'intimé, retenant une amélioration de l'état de santé de l'assuré en juillet 2008, a considéré que ce dernier avait recouvré une pleine capacité de travail et limité son droit à une demi-rente au 30 septembre suivant. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis.

A/2696/2011 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Au fond :

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