

GE_GERICHTE ATAS/1056/2011 vom 9. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1056_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1056/2011 du 9 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1056/2011 del 9 novembre 2011

Erwägungen

E. 26

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

A/2857/2010 - 9/14 - 3. Est litigieuse en l'occurrence le degré d'invalidité du recourant à compter du 17 septembre 2007. 4. Selon l'art. 17 al. 1 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. Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI). L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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 existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, 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 (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). 5. Est réputée invalidité

l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Aux termes de l'art. 7 al. 1er 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. L'al. 2 de cette disposition, entré en vigueur le 1er janvier 2008, précise que 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. L'art. 7 al. 2 LPGA n'a cependant pas modifié la notion d'incapacité de gain, mais correspond à l'inscription dans la loi de

A/2857/2010 - 10/14 - la jurisprudence dégagée jusqu'alors sur la notion d'invalidité (ATF 135 V 215 consid. 7 p. 229 ss.). Enfin, 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). 6. a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. 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; b. il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins. b) En vertu de l'art. 28 al. 1 aLAI, dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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. Selon art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 et l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1er janvier 2008, 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. 7. a) 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. 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). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la

A/2857/2010 - 11/14 - valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). c) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). 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 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 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). d) 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 126 V 322 consid. 5a).

A/2857/2010 - 12/14 - 8. En l'occurrence, une aggravation de l'état de santé a déjà été admise par le Dr B_____. En effet, celui-ci a diagnostiqué un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne, alors qu'il n'avait pas retenu ce diagnostic dans son expertise du 17 juillet 2005. Selon ce médecin, l'aggravation est survenue en 2007 ou 2008, sans toutefois donner des explications concernant le moment de la survenance de l'aggravation, laquelle ne résulte pas non plus de l'anamnèse figurant dans son expertise. Par ailleurs, selon le Dr B_____, la capacité de travail du recourant est diminuée de 20 à 30 %. Il convient toutefois de relever que le recourant a indiqué avoir été très angoissé lors de cette expertise et avoir répondu par "oui" à toutes les questions posées par l'expert, de peur d'être hospitalisé. Cela est confirmé par le rapport du Dr D_____ du 19 janvier 2007, ainsi que par de l'expertise judiciaire. En effet, l'épouse du recourant a indiqué au Dr G_____ que son mari avait peur d'être enfermé en hôpital psychiatrique s'il disait au Dr B_____ qu'il allait trop mal. Par conséquent, une pleine valeur probante ne peut

être accordée à cette expertise, notamment en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail. L'aggravation de l'état de santé a été confirmée par l'expert judiciaire, lequel a posé le diagnostic d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique et de personnalité fruste (évitante). Il est à relever que cette aggravation a déjà été admise par l'intimé dans sa décision sur opposition du 17 septembre 2007. Toutefois, sur la base d'un avis médical du Dr I _____, il a considéré que cette aggravation n'avait pas valeur de maladie, dès lors qu'elle était réactionnelle à la décision de suppression de la rente. Implicitement, l'intimé a donc estimé que cette aggravation n'avait pas un caractère durable, s'agissant d'une réaction à un événement extérieur adverse, et que le recourant ne manquerait pas de surmonter cet événement pour retrouver l'état psychique qu'il présentait avant la suppression de la rente. Aujourd'hui, l'intimé se prévaut de ce que cette aggravation est survenue déjà avant sa décision du 17 septembre 2007, de sorte qu'aucune aggravation ne peut être retenue depuis cette date. Il convient toutefois de considérer que le fait nouveau de la modification de l'état de santé consiste en l'occurrence dans sa durée, laquelle pouvait être considérée comme insuffisante en septembre 2007. Par conséquent, même si l'état de santé du recourant s'est aggravé à partir de son hospitalisation en octobre 2006, une aggravation durable ne peut être constatée qu'après au moins d'une année. C'est par ailleurs également l'avis du Dr H _____ du SMR qui a relevé que le Dr I _____ avait conclu le 30 janvier 2007 à un caractère non durable de l'aggravation psychique. Aujourd'hui, le SMR admet que cette aggravation a un caractère durable, en l'absence d'une amélioration ultérieure. Le Dr H _____ est

A/2857/2010 - 13/14 - également d'accord avec l'expert judiciaire, en ce que celui-ci considère que la capacité de travail est nulle depuis octobre 2006. Dans ces conditions, il sied de reconnaître qu'une aggravation durable de l'état psychique s'est produite après la décision du 17 septembre 2007 et que celle-ci a provoqué une incapacité totale de travailler. Cela étant, le recourant peut prétendre à une rente d'invalidité entière. 9. Se pose encore la question de savoir à partir de quelle date le droit à une rente est ouvert. a) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art.

E. 29

al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où, comme en l'espèce, le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 (arrêt non publié du Tribunal fédéral 8C_233/2010 du 7 janvier 2011, consid. 4, résumé in RSAS 2011 p. 298, arrêt non publié du Tribunal fédéral 8C_262/2010 du 12 janvier 2011, consid. 3, résumé in RSAS 2011 p. 297). Selon l'art. 29 al. 1 let b aLAI, le droit à la rente naît à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable. Toutefois, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail du même origine, on déduira de la période d'attente imposée par cette disposition celle qui a précédé le premier octroi, aux termes de l'art. 29bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201). b) La rente a été supprimée en l'occurrence dès le 1er janvier 2006, par décision du 24 novembre 2005, à laquelle l'effet suspensif a été retiré. La nouvelle demande a été déposée en mars 2009, soit plus de trois

ans après la suppression de la rente, de sorte que l'art. 29bis RAI n'est pas applicable. Par conséquent, il convient d'admettre que le droit à la rente est né en octobre 2007, l'état de santé du recourant s'étant aggravé en octobre 2006. 10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et le recourant mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1er octobre 2007. 11. Dans la mesure où l'intimé succombe, l'émolument de justice de 200 fr. est mis à sa charge.

A/2857/2010 - 14/14 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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