

# **GE\_GERICHTE ATAS/1136/2011 vom 24. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1136\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1136_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1136/2011 du 24 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1136/2011 del 24 novembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été admise, il n'y a pas lieu d'y revenir.

A/1087/2007 - 17/21 -

### **E. 3**

Le litige porte sur le degré d'invalidité du recourant, plus particulièrement sur la question de savoir si la suppression de sa rente au 1er avril 2007 était ou non justifiée.

### **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 la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATF A non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2). 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, 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 références citées). Il en résulte que 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).

## **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. 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).

A/1087/2007 - 18/21 - 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Ainsi, 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). En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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).

## **E. 6**

En l'espèce, le recourant conteste le taux de la capacité résiduelle de travail de 80% retenu par l'intimé à compter du 1er avril 2007 sur la base de l'expertise du CEMed du 22 mai 2006 et des conclusions du volet somatique de l'expertise judiciaire. Sur le plan somatique, on relèvera que tous les médecins s'accordent sur le fait que l'assuré, à condition de

respecter les limitations énoncées, pourrait travailler à

A/1087/2007 - 19/21 - raison de 6-7 heures par jour. Seule l'évaluation de la capacité de travail d'un point de vue psychique reste donc litigieuse. Ainsi que l'a relevé le Tribunal cantonal lorsqu'il a ordonné l'expertise judiciaire, les conclusions du Dr Q\_\_\_\_\_ sur ce point apparaissent troublantes. Si l'on en croit le Dr N\_\_\_\_\_, qui s'est prononcé au début de l'année 2004, alors même que l'état de l'assuré semblait être relativement bon par rapport à ce qu'il avait pu être précédemment, la capacité de travail de l'intéressé ne dépassait pourtant pas 50%. Dès lors, la conclusion du Dr Q\_\_\_\_\_ selon laquelle il n'y aurait strictement aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychique apparaît surprenante à une période où les médecin et psychiatre traitants de l'assuré ont attesté d'une péjoration qu'ils ont documentée (recrudescence des attaques de panique jusqu'à plusieurs fois par jour, avec peur panique sans objet, sensation de tension, accélération du rythme cardiaque, sueurs et tremblements et difficultés de concentration) et dont ils ont attesté qu'elle avait entraîné une incapacité de travail à compter du 11 mai 2005 et conduit l'assuré à demander la révision de son dossier pour aggravation. Les contradictions relevées par le Dr O\_\_\_\_\_ s'agissant du rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ sont apparues suffisamment troublantes pour jeter le doute sur les conclusions du rapport du Dr Q\_\_\_\_\_ et ordonner une nouvelle expertise. Il est en effet apparu que le Dr Q\_\_\_\_\_ n'avait pas pris en compte le parcours pour le moins chaotique - en termes de scolarité et de parcours professionnel - de l'assuré depuis l'enfance ; quant à l'affirmation selon laquelle le trouble panique de l'intéressé se serait amélioré, elle n'apparaissait pas convaincante car en totale contradiction avec la description détaillée du psychiatre traitant. Les conclusions du Dr D\_\_\_\_\_ apparaissent au contraire convaincantes. En premier lieu, le rapport de cet expert remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence en matière de valeur probante : les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, l'expert prend en considération les plaintes exprimées et le rapport a été établi en pleine connaissance du dossier. Certes, ainsi que le relève l'intimé, le Dr D\_\_\_\_\_ est le premier médecin à retenir le diagnostic d'autres troubles spécifiques de la personnalité. Force est cependant de constater que l'expert motive sa position de manière convaincante par la nécessité dans laquelle l'assuré s'est trouvé dès l'enfance d'être suivi sur le plan psychique, les difficultés scolaires qui ont suivi et sa difficulté à s'insérer par la suite dans le réseau socioprofessionnel. Dans ces circonstances, l'existence d'un trouble psychique grave nuisant au fonctionnement social de l'assuré apparaît établie. On relèvera d'ailleurs que les médecins du SMR ont convenu que le trouble diagnostiqué était bel et bien décrit par le Dr D\_\_\_\_\_. On ne saurait dès lors écarter comme ils le font ce diagnostic au seul motif qu'il n'a été évoqué ni par le Dr N\_\_\_\_\_

A/1087/2007 - 20/21 - ni par le Dr Q\_\_\_\_\_ - dont on a déjà dit que le rapport ne saurait se voir reconnaître pleine valeur probante. Quant à l'agoraphobie avec trouble panique dont les médecins du SMR soutiennent qu'elle n'aurait pas été décrite de manière précise, force est de constater que ce diagnostic a été posé et confirmé par de nombreux spécialistes. A cet égard, l'expert D\_\_\_\_\_ a expliqué que le trouble anxieux était certes partiellement compensé mais non guéri. Il a également détaillé la manière dont l'assuré est limité lors de la survenance d'accès anxieux ainsi que les raisons pour lesquelles il n'est ni vraisemblable ni recommandable d'exiger de sa part qu'il augmente son taux d'activité au-delà de 50%. L'expert a notamment souligné que les ressources de l'assuré - facilement surestimées - sont diminuées et que ses troubles psychiques, présents depuis de

nombreuses années, doivent être qualifiées de graves. Dans ces circonstances, la Cour de céans se rallie aux conclusions de l'expert judiciaire et retiendra une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée telle que celle de photographe indépendant. L'OAI ayant admis que sur le plan psychique l'assuré avait été dans l'incapacité totale mais temporaire de travailler à compter du 11 mai 2005. Ainsi qu'on l'a vu, l'assuré a par la suite recouvré non pas une pleine et entière capacité de travail mais une capacité réduite à 50 % au maximum.

#### **E. 7**

Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité. Sur ce point cependant, la Cour constate qu'elle ne dispose pas de suffisamment d'éléments. Il n'est pas contesté que l'activité de photographe indépendant dans laquelle l'assuré a fait l'effort de se réinsérer est la plus adaptée à son état et qu'elle permet d'espérer - plus qu'une activité salariée soumise à des contraintes horaires et à l'indulgence d'un patron - que l'assuré pourra préserver sa capacité résiduelle de travail dans le temps. La Cour ne dispose cependant d'aucun élément pour apprécier la capacité de gain de l'assuré dans cette activité. Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de procéder à une enquête économique puis au calcul du degré d'invalidité de l'intéressé pour la période postérieure au 31 mars 2007, date jusqu'à laquelle l'OAI a admis l'octroi d'une rente entière." En ce sens, le recours est partiellement admis.

A/1087/2007 - 21/21 - 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.