

GE_GERICHTE ATAS/1187/2011 vom 30. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1187_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1187/2011 du 30 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1187/2011 del 30 novembre 2011

Erwägungen

E. 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

A/3547/2010 - 19/26 - 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.

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

E. 3

Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable au sens des art. 56, 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10).

E. 4

Est litigieuse la question de savoir si, postérieurement à la décision du 23 août 2002, la recourante a recouvré une capacité de travail ou si son état de santé s'est amélioré pour la période du 1er février 2006 au 30 juin 2007, dans une mesure justifiant la réduction de la rente entière d'invalidité à une demi-rente dès le 1er février 2006. A cet égard, la Cour de céans relève, avec la recourante, que l'intimé n'a pas statué formellement dans la décision querellée sur le droit à une rente d'invalidité pour la période du 1er février 2006 au 30 juin 2007. Cela étant, dans la mesure où la décision de réduction de la demi-rente AI a été annulée par l'arrêt du TCAS, où l'intimé a repris l'examen du droit à des prestations depuis la révision initiée en 2005, versé la demi-rente d'invalidité et considéré que l'aggravation

survenue justifiait l'augmentation de la rente dès le 1er juillet 2007, la Cour de céans étendra l'examen au droit à la rente pour la période litigieuse, soit du 1er février 2006 au 30 juin 2007 (cf. ATF du 18 mai 2009 9C_482/2008).

E. 5

Selon 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de

A/3547/2010 - 20/26 - 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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 351 consid. 3.5.2; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). A cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200, consid. 1.2) Une décision de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5). Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration consacrée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI, RS 831.201). De même, si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (cf. art. 88a al. 2 RAI).

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

A/3547/2010 - 21/26 - 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). L'instruction des faits d'ordre médical se fonde ainsi sur le rapport du médecin-traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). b) 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. À cet égard, il convient 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 a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). c) 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 enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la 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 160 consid. 1c 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

A/3547/2010 - 22/26 - 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). Quant aux expertises médicales, l'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du

médecin-traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; 118 V 290 consid. 1b; 112 V 32 et les références). 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)

E. 7

En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se sont présentés depuis le mois d'avril 2005, date de la révision initiée suite à la reprise d'une activité lucrative, jusqu'au 1er juillet 2007, - date à laquelle la décision litigieuse reconnaît le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité -, avec ceux qui prévalaient au moment de la décision du 23 août 2002 d'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen

A/3547/2010 - 23/26 - matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit.

E. 8

a) Lors de sa décision du 23 août 2002 octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1er juillet 1998, l'intimé s'est fondé sur divers rapports médicaux détaillés émanant des Dresses N _____, spécialiste FMH en psychiatrie, O _____, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, et Q _____ spécialiste FMH en médecine interne générale. Ces dernières ont toutes abouti à la même conclusion à savoir, une incapacité de travail totale de l'assurée en raison notamment des symptômes de fibromyalgie, de l'état dépressif sévère, de status post-discothomie L4-L5 avec sciatalgies persistantes ainsi que de status asthmatique et d'obésité. b) Suite au désir de l'assurée de reprendre une activité professionnelle à hauteur de 50% en qualité d'aide-soignante du 14 avril à fin juin 2005, dans le but d'améliorer son état de santé

psychique et malgré les douleurs physiques, l'intimé a ouvert une procédure de révision et, dans ce cadre, l'assurée a été soumise à une expertise réalisée en mai et juin 2006 par le CEM-PMU qui a rendu son rapport le 31 août 2006. Les diagnostics retenus par les experts sur le plan psychiatrique étaient un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, en rémission partielle (F33.2), sur le plan rhumatologique, des cervico-lombo-sciatalgies droites et cure de hernie discale L4-L5 (M54.80) et enfin une cure d'événtration de la ligne médiane avec abdominoplastie sur cicatrice de by-pass gastrique. Les psychiatres avaient noté une disparition des idées suicidaires ainsi qu'une amélioration de la thymie ; toutefois, le deuxième tentamen médicamenteux à la fin de l'année 2005 témoignait de la limitation des ressources adaptatives de l'assurée, la situation étant cristallisée d'un point de vue psychiatrique. La pathologie thymique constituait une co-morbidité du trouble somatoforme douloureux. Les experts rhumatologues ont, quant à eux, principalement fixé les limitations fonctionnelles. Les experts du CEM-PMU ont ainsi conclu que l'assurée avait, d'un point de vue strictement rhumatologique, une capacité de travail de 80% comme aide-infirmière, voire de 100% dans un travail adapté. Cependant, au vu de la fragilité de l'assurée d'un point de vue psychiatrique ainsi que de la persistance du trouble somatoforme douloureux, ils ont considéré qu'elle présentait une capacité de travail de 60% dès le 14 avril 2005, sans diminution de rendement, dans une profession mieux adaptée que celle d'aide-infirmière, cet emploi étant à priori plus lourd que celui d'infirmière. Une formation devait lui être proposée pour lui permettre d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, par exemple en tant qu'infirmière scolaire ou infirmière de recherche.

A/3547/2010 - 24/26 - L'expertise interdisciplinaire réalisée ensuite par le CEM-PMU en date du 21 septembre 2009 a mis en avant les syndromes ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante tels que notamment un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à moyenne et une lombalgie chronique sur discopathie avec réaction type Modic II L4-L5 et L5-S1. Les experts ont conclu à une incapacité de travail complète en raison du trouble dépressif et de l'épuisement des ressources dans le cadre de l'exercice d'une activité en qualité d'infirmière ou aide-soignante, conclusion qui s'illustre parfaitement par la tentative de reprise professionnelle à 50% en 2005 en tant qu'infirmière et qui s'était soldée par un échec, ladite activité n'étant pas adaptée. Partant, la capacité de travail était restée nulle depuis 2000 dans le cadre d'une activité non adaptée. Les experts du CEMED ont relevé que la capacité de travail résiduelle avait été estimée à 60% dans un poste adapté lors de l'expertise de 2006, mais que l'évolution a été défavorable avec effondrement global des ressources. Ils ont ainsi considéré que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis avril 2007, date du troisième tentamen. L'experte psychiatre a été entendue par la Cour de céans en date du 11 mai 2001 afin d'apporter des précisions à son rapport dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire. Pour rappel, suite aux examens effectués en date des 18 mai et 4 juin 2009, la Dresse AB _____ indiquait dans son rapport du 18 septembre 2009 que la recourante n'était plus capable d'exercer une activité en tant qu'infirmière en raison d'un sentiment d'incapacité et d'invalidité, d'un manque de confiance, de fatigabilité, d'un sentiment d'injustice, d'un manque de motivation et au motif du risque de mise en danger d'autres personnes. Par conséquent, son incapacité de travail était de 70-80% sur le plan psychique et devait être considérée comme définitive. Lors de son audition, l'expert a confirmé les diagnostics résultant de son rapport. S'agissant de la capacité de travail en 2005, à savoir 50%, elle l'avait fixée anamnestiquement étant donné que l'assurée voulait

reprendre une activité professionnelle. Aucun élément ne permettait cependant d'admettre une amélioration de son état psychique. D'ailleurs, suite à l'échec de sa reprise professionnelle en 2005, il y avait eu une aggravation de l'état de santé psychique avec un tentamen médicamenteux en décembre 2005. Partant, dès cette période, la recourante devait être considérée comme incapable de travailler à 100%. A chaque fois, les tentatives de reprise de travail ont très peu duré et se sont soldées par un échec. La psychiatre a précisé qu'elle ne s'était pas fondée sur le rapport d'expertise d'août 2006, qui n'avait, d'après elle, pas de valeur probante.

E. 9

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate qu'en définitive, s'il y a eu une amélioration de l'état de santé en 2005 ayant permis une reprise de travail, ce ne fût que sur une courte période ; la recourante a en effet dû cesser son activité au bout de trois mois en raison de problèmes de santé qui ont nécessité une intervention. Puis son état de santé psychique s'est à nouveau péjoré en décembre 2005, avec un tentamen médicamenteux. L'intimé ne pouvait dès lors pas, en décembre 2005,

A/3547/2010 - 25/26 - considérer que l'état de santé s'était amélioré de manière notable et durable, sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. Ensuite, si les experts du CEM- PMU ont indiqué en août 2006 que l'état de santé psychique s'était amélioré, c'est parce que l'état dépressif récurrent était, sous traitement dispensé par le CTB, en rémission. Cela étant, ils n'avaient pas exclu tout risque de rechute, ce qui s'est d'ailleurs produit en février 2007, et avaient mis en évidence la fragilité psychique de la recourante avec une limitation des ressources adaptatives. Or, par la suite, les experts du CEMED ont relevé que l'évolution a été défavorable, avec effondrement des ressources et de nouveaux tentamens en février 2007 et 2009. Finalement, force est de constater que l'état de santé psychique de la recourante ne s'est jamais amélioré de façon notable et durable. Les conditions de l'art. 88a RAI n'étant pas remplies, il n'y avait pas de motif à révision ; partant, l'intimé n'était pas en droit de réduire la rente entière d'invalidité de la recourante dès le 1er février 2006.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, est admis.

E. 11

La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe, en l'espèce, à 2'000 fr.

E. 12

Au vu de l'issue du litige, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3547/2010 - 26/26 - 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.