

GE_GERICHTE ATAS/1243/2008 vom 10. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1243_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1243/2008 du 10 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1243/2008 del 10 novembre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). 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 (ci-après LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

E. 3

Le présent recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

A/2837/2008 - 7/13 -

E. 4

L'objet du litige consiste à déterminer si le degré d'invalidité que présentait le recourant lui ouvrait le droit à une rente d'invalidité et, cas échéant, si ce droit devait être maintenu au-delà du 29 février 2008.

E. 5

a) 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 la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157). Aux termes de 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. Il convient de relever que cette disposition 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). 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un

fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée 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. b) Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4

A/2837/2008 - 8/13 - LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. 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 être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 (art. 6 LPGA). 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, 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. Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. c) 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 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid.

4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). 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

A/2837/2008 - 9/13 - examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que 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 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 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). En principe, l'administration (ou le juge en cas de recours) ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA), peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions ou que d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert permettant une interprétation divergente des conclusions de ce dernier, ou au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 6

En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'état de santé du recourant fonde, de manière limitée ou non, le droit à une rente et si cet état de santé s'est modifié de façon à supprimer ce droit comme l'indique l'OCAI. Pour ce faire, le Tribunal de céans doit juger du poids respectifs des diverses pièces médicales dont il dispose, soit du rapport médical de la Dresse P_____ du 19 décembre 2006, de l'expertise du CEMED et des courriers adressés par la Dresse P_____ et le Dr Q_____ durant la phase d'instruction. S'agissant de l'expertise du CEMED, on relève, à sa lecture, que les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. L'expert dresse la liste des documents médicaux qui se trouvent au dossier et sur lesquels il s'est appuyé. Il expose une

A/2837/2008 - 10/13 - anamnèse détaillée du recourant, décrit ses plaintes, expose son status psychiatrique, procède à une synthèse et une discussion de son cas avant de poser des diagnostics précis et évaluer leurs répercussions sur la capacité de travail. Ses conclusions sont bien motivées, attendu qu'il explique pour quelles raisons il écarte le diagnostic posé par les autres spécialistes au profit d'un autre diagnostic, soit celui d'une personnalité émotionnellement labile de type borderline. Il relève, en effet, que l'on peut retenir une

évolution clinique avec une moindre fréquence des attaques de panique en lien avec les ruminations et que le recourant n'a plus présenté de phénomènes dissociatifs, depuis novembre 2001. Le trouble dissociatif, qui était probablement en lien avec le syndrome de stress post-traumatique, s'est ainsi amélioré et on assiste, par conséquent, à une évolution en parallèle favorable du syndrome de stress post-traumatique. L'expert observe, par ailleurs, plusieurs éléments qui parlent très clairement contre une modification durable de la personnalité, qui est la complication chronique d'un syndrome de stress post-traumatique. Sur cette base, il considère qu'une réadaptation peut être entreprise dès à présent à 100 % avec une diminution de rendement de 30 %. On peine, en revanche, à comprendre la détermination du SMR. En effet, alors que, dans son avis du 1er avril 2008, il adhère en tous points aux conclusions de l'expert, il indique, dans son avis du 9 septembre 2008, que le recourant présente, selon lui, une modification durable de sa personnalité, tout en confirmant ses conclusions du 1er avril 2008. Quant aux avis subséquents des médecins traitants du recourant, on constate qu'ils ne remettent pas en cause la pertinence des conclusions de l'expert. En effet, les plaintes exposées par la Dresse P _____ existaient déjà au jour de l'expertise et ressortent soit de l'expertise elle-même, soit des documents médicaux dont disposait l'expert. Quant au fait que, selon elle, le recourant présente un syndrome de stress post-traumatique très floride s'accompagnant d'une grande anxiété, il apparaît ici sans pertinence. Le Tribunal de céans ne saurait, en effet, accorder plus de poids au diagnostic posé par un médecin interniste, alors même que le trouble diagnostiqué relève du domaine psychiatrique, qui est précisément le domaine de spécialité de l'expert. Cela apparaît d'autant plus justifié que ce diagnostic a été confirmé par le psychiatre traitant du recourant. Dans son courrier du 27 août 2007, le Dr Q _____ fait état d'une aggravation de l'état de santé psychologique du recourant et d'une amplification de ses plaintes, qu'il impute pour partie à la décision de suppression de l'OCAI. On relève cependant que cette réaction a précisément été prise en considération par l'expert, celui-ci ayant indiqué qu'en raison des antécédents de troubles dissociatifs, on pouvait s'attendre à des manifestations extrêmement démonstratives, face à toutes décisions qui n'allaient pas dans le sens du recourant et précisément à une décompensation passagère en fonction de la décision qu'il lui sera faite par

A/2837/2008 - 11/13 - l'Assurance-Invalidité. L'observation du psychiatre traitant va ainsi dans le sens des conclusions de l'expert, ce d'autant plus qu'il ne relève aucun élément qui permettrait de douter du caractère passager de la décompensation qu'il décrit. Son avis n'est dès lors pas susceptible de remettre en cause la pertinence des conclusions de l'expert. On rappellera, par ailleurs, que le Tribunal de céans ne peut qu'accorder un poids inférieur aux avis de la Dresse P _____ et du Dr Q _____, en raison de la relation de confiance qui les lie à leur patient et qui les pousse à une moins grande impartialité. Pour l'ensemble de ces motifs, le Tribunal de céans considère qu'il convient d'accorder à l'expertise du Dr O _____ une pleine valeur probante et de suivre ses conclusions. Or, l'expert retient une totale incapacité de travail entre mars 1999 et décembre 2001, puis une capacité de travail entière avec un rendement diminué de 30 %, de façon provisoire, dès cette date. Au vu des bases légales rappelées ci-dessus, le droit à la rente du recourant s'est ouvert en mars 2000 et a pris fin en mars 2002. Vu la demande tardive du recourant aucune prestation ne peut lui être versée pour cette période. Par ailleurs, c'est à tort que l'OCAI a accordé une rente au recourant, pour la période du 1er septembre 2005 au 29 février 2008. Il sera rappelé au recourant qu'en cas d'aggravation de son état de santé, il peut déposer une nouvelle demande.

E. 7

D'après les art. 61 let. d LPGA et 89E LPA, le TCAS peut, indépendamment des conclusions des parties, réformer la décision attaquée au détriment ou en faveur du recourant. Il doit préalablement donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. Selon la jurisprudence constante, lorsqu'une autorité envisage de procéder sur recours à une reformatio in peius de la décision attaquée, elle est tenue d'avertir le recourant de son intention et doit lui donner l'occasion de s'exprimer (ATF 122 V 167 consid. 2a et les arrêts cités). Le droit d'être entendu étant de nature formelle, il est protégé indépendamment des conséquences matérielles entraînées par sa violation. Ainsi, une décision prise en violation de ce droit doit être annulée, sans égard aux chances de succès sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa). Par ailleurs, dans une telle situation, la partie invitée à s'exprimer sur l'éventualité d'une réforme à son détriment de la décision entreprise doit être expressément rendue attentive à la possibilité de retirer son recours (ATF 122 V 167 consid. 2b). En l'espèce, la procédure a été suivie. Le recourant a déclaré maintenir ses conclusions. Il sera donc procédé à la reformatio in pejus dans le sens qu'aucun droit à la rente ne peut être reconnu au recourant.

E. 8

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), a apporté des

A/2837/2008 - 12/13 - modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Vu l'issue du litige, un émolument de 200 fr. sera mis à charge du recourant.

A/2837/2008 - 13/13 -

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