

GE_GERICHTE ATAS/1270/2014 vom 4. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1270_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1270/2014 du 4 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1270/2014 del 4 dicembre 2014

Erwägungen

E. 1

Il n'est point besoin de revenir sur les questions de compétence de la Cour de céans et de recevabilité du recours, déjà examinées dans l'ordonnance du 5 septembre 2012 (ATAS/1095/2012).

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le

A/3433/2010 - 12/17 - juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). On précisera par ailleurs que la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Est litigieuse en l'espèce la suppression de la rente entière d'invalidité versée à la recourante. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente - voire d'une reconsidération - sont remplies.

E. 4

a) 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 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). 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). b) Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGa ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 122 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGa.

A/3433/2010 - 13/17 - Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a7cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 no 28 p. 158 consid. 3c). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du TFA en la cause P. du 14 août 2003 [I 790/01], consid. 3).

E. 5

a) En l'espèce, la décision initiale d'octroi de rente du 12 novembre 2003 reposait sur les avis médicaux des Drs B_____, F_____ et G_____. Ainsi que le font remarquer les experts judiciaires, tous les médecins s'étant exprimé depuis 1999 - à l'exception de ceux du CEMed - ont retenu de manière unanime et convergente, avec des variations minimales, les diagnostics d'état dépressif (moyen ou sévère), de douleurs somatoformes et de migraines. Tous ont considéré l'assurée comme incapable de travailler (Dr C_____, Dr D_____), ou seulement à un petit pourcentage dans un travail léger (50% pour le Dr G_____, 1- 2 heures par jour pour les Drs B_____ et F_____). b) Au moment de la suppression de rente litigieuse, force est de constater que le tableau clinique présenté par la recourante ne diffère pas fondamentalement de celui présenté à l'époque de son octroi. Au contraire, il semble même s'être quelque peu péjoré avec la mention d'une nouvelle atteinte (tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche depuis 2009) Sur le plan psychique non plus, aucune amélioration n'a été constatée par les médecins - en dehors de ceux du CEMed. La Dresse I_____ exclut toute évolution positive, tout comme les Drs H_____ (qui parle d'état dépressif sévère) et O_____ (qui conclut à une totale incapacité d'un point de vue psychique et souligne que le tableau clinique dressé par les experts du CEMed ne correspond pas à ses constatations). Sur le plan strictement psychiatrique, force est de

constater que les conclusions des experts judiciaires - dont le rapport remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence - rejoignent celles de la Dresse F_____ et du psychiatre traitant : les symptômes manifestés et rapportés par l'assurée forment un tableau clinique correspondant à un état dépressif de degré de gravité moyenne, de nature chronique

A/3433/2010 - 14/17 - et résistant aux traitements pharmacologiques. Contrairement aux experts du CEMed, mais en accord avec les premiers experts et le Dr O_____, les experts judiciaires ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils ont expliqué que les douleurs musculo-tendino-articulaires et les migraines pérennisaient la dépression et jouaient un rôle prépondérant dans la diminution de la capacité de travail. Quant aux troubles décrits par le diagnostic « majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques », ils réduisent les capacités d'adaptation de l'intéressée. Ces conclusions apparaissent d'autant plus convaincantes qu'elles sont rigoureusement étayées par des explications circonstanciées. Les experts exposent notamment les raisons pour lesquelles ils s'écartent de l'opinion des experts du CEMed qui, en 2009, et contrairement à tous les autres médecins -, ont estimé que l'état de l'assurée s'était amélioré depuis 1999, tout en admettant déjà alors qu'il ne s'agissait peut-être que d'une divergence d'appréciation. On ne voit pas en quoi le fait que la liste des plaintes de l'assurée - d'ailleurs expressément requise par la jurisprudence - ait été dressée dans l'anamnèse par l'expert neurologue ôterait de la valeur à l'expertise judiciaire. Quant au fait que l'expert ait décrit l'assurée comme parfaitement orientée, alors qu'elle avait dit ne pas se souvenir de certains éléments, il n'apparaît pas non plus de nature à jeter le doute sur les conclusions de l'expert neurologue. De même, seul importe qu'un consilium ait eu lieu entre les spécialistes. Peu importe à cet égard qu'un certain laps de temps - au demeurant peu important - se soit écoulé depuis les expertises spécialisées. Enfin, le fait que l'expert neurologue ait conclu à une incapacité de travail de 50% n'apparaît pas contradictoire avec l'existence d'une majoration des symptômes puisque l'expert l'évoque, ce qui permet d'en conclure qu'il en a tenu compte dans son évaluation. Quant aux conditions permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme, les experts ont clairement expliqué les raisons pour lesquelles ils les ont considérées comme réalisées. Il convient dès lors de retenir que la migraine, les douleurs somatoformes et la dépression sont toutes des processus maladifs s'étendant sur plusieurs années et sans rémission durable. S'agissant des douleurs musculo-tendino-articulaires, la durée des traitements physiques et pharmacologiques (près de quinze ans) et la multitude des substances prescrites ont conduit les experts à admettre l'échec des traitements conformes aux règles de l'art. Les migraines, elles, sont apparemment réfractaires aux thérapies, mais tous les traitements n'ont pas été essayés. Quant à l'état dépressif, plusieurs médicaments prescrits ont été abandonnés du fait de l'absence de bénéfice thérapeutique ou en raison d'effets indésirables. L'essai contrôlé d'autres

A/3433/2010 - 15/17 - antidépresseurs pourrait être tenté, mais l'évolution et la nature du syndrome dépressif n'incitent pas, selon les experts, à l'optimisme. Les experts ont considéré que l'état psychique de l'assurée pouvait être qualifié de cristallisé puisque son activité mentale est totalement envahie par la douleur, aboutissant à une forme sévère de régression comportementale, de repli sur soi et de retrait social. Quant à la perte d'intégration sociale, elle a également été reconnue, étant expliqué que l'état clinique de l'assurée la confine à son domicile et entraîne de facto une limitation de ses rapports sociaux qui se bornent à quelques rencontres avec des amis et/ou des voisins, même si elle

bénéficie d'un bon soutien familial. Il a été relevé que les capacités volitives étaient fortement réduites par les troubles neurologiques et psychiatriques, de sorte que l'assurée n'était à l'évidence pas capable de fournir l'effort suffisant pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. On relèvera encore que la gravité du trouble psychique est corroborée par l'exclusion de la recourante de la consultation de la douleur au motif qu'elle n'avait pas les ressources pour une thérapie cognitivo-comportementale, d'une part, par les observations des EPI et plus particulièrement du Dr N_____, d'autre part, qui mettait déjà en doute les conclusions des experts du CEMed sur le plan psychique et préconisait une nouvelle évaluation au vu de ses propres observations. c) Dans ces circonstances, force est de constater qu'il n'existe pas de modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA et de la jurisprudence y relative citée ci-avant autorisant une révision du droit à la rente. Seule l'appréciation médicale diffère entre le moment de l'octroi de la rente et celui de la révision (on notera au passage que seuls les médecins du CEMed font état de conclusions nouvelles à ce propos, en soulignant d'ailleurs eux-mêmes qu'il est possible que cela ne consiste qu'en une divergence d'appréciation). Or, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas ; un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit ressortir clairement du dossier (p. ex. arrêt du TFA 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).

E. 6

a) Aucun motif de révision n'entrant en ligne de compte dans le cas particulier, il convient d'examiner si la décision de suppression de rente peut être entérinée pour le motif substitué que la décision initiale (du 6 septembre 2003) est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable. b) Dans un arrêt non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente

A/3433/2010 - 16/17 - manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée. Dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée

». En l'occurrence, la décision intervenue en septembre 2003 se fonde sur le rapport du médecin traitant mais également sur deux expertises spécialisées, concluant à une incapacité de travail de 50% sur le plan somatique et de 70% sur le plan psychique. On ne saurait dès lors considérer la décision de l'OAI, basée sur un dossier médical fourni, comme manifestement erronée. Une fois encore, il apparaît que la nouvelle décision de l'OAI n'est en réalité qu'une nouvelle appréciation de la situation, ce qui ne saurait constituer un motif valable de reconsidération, ainsi que cela ressort de la jurisprudence rappelée supra.

E. 7

Il suit de ce qui précède qu'en l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération de la décision du 13 novembre 2003, c'est à tort que l'intimé a supprimé la rente accordée à l'assurée. Le recours doit donc être admis et la décision attaquée annulée, l'intéressée ayant droit à la poursuite du versement de sa rente entière d'invalidité. La procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). L'intimé, qui succombe, en supportera les frais, fixés en l'espèce à CHF 800.-, et versera à la recourante la somme de CHF 5'000.- à titre de participation à ses dépens.

A/3433/2010 - 17/17 - 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.