

GE_GERICHTE ATAS/1307/2010 vom 16. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1307_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/1307/2010 du 16 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/1307/2010 del 16 dicembre 2010

Erwägungen

E. 1

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGa).

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré à compter du 1er décembre 2007, au point de ne plus présenter une invalidité ouvrant le droit aux prestations et, partant, si l'OAI était fondé à supprimer la rente entière d'invalidité de la recourante au 28 février 2008.

E. 4

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité

A/2419/2009 - 17/22 - conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGa ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

E. 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). 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). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut

raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 6

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. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon 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 et 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). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

E. 7

a) En ce qui concerne la preuve, 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

A/2419/2009 - 18/22 - 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).

b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; S. BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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 in fine). Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 352 consid. 3a et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268).

c) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

A/2419/2009 - 19/22 - 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'écarte 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 8

En l'espèce, la recourante a présenté des problèmes psychiques ayant entraîné une incapacité de travail de 100 % depuis juin 2006, qui n'est pas contestée. Elle a repris une

activité lucrative (aide aux cuisines scolaires), différente de celle exercée auparavant (assistante en pharmacie), à 25% dès décembre 2007, ce qui n'est pas contesté non plus. Se pose en revanche la question de savoir si une reprise de travail à plein temps était exigible dès décembre 2007.

E. 9

Le Tribunal de céans constate que de nombreux psychiatres ont été appelés à se prononcer sur le cas de la recourante.

E. 10

Ainsi, le Dr L_____ du CTB a diagnostiqué en septembre et novembre 2006 un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F32.11) engendrant une incapacité de travail totale depuis juin 2006.

E. 11

Dans un rapport d'expertise du 4 mai 2007, le Dr O_____ a diagnostiqué des troubles de l'adaptation (au licenciement) avec réaction dépressive prolongée (F43.21) et a estimé qu'une reprise d'activité à 100% ou à temps partiel ne pouvait pas être envisagée dans l'immédiat et qu'il n'était pas possible de se déterminer quant à la durée de l'incapacité.

A/2419/2009 - 20/22 -

E. 12

Le psychiatre traitant, le Dr N_____, a diagnostiqué en janvier 2007 des troubles de l'humeur et un trouble [recte : épisode] dépressif sévère (F32.2) justifiant une incapacité de travail à 100 % depuis juin 2006, sans pouvoir se déterminer sur une éventuelle reprise d'activité. En novembre 2007, il maintenait son diagnostic de troubles de l'humeur et de trouble [recte : épisode] dépressif moyen à sévère (F32.2), en estimant que la capacité de travail de la recourante, qui demeurait nulle, pourrait être améliorée si le traitement en cours faisait effet. En avril 2008, le Dr N_____ a diagnostiqué un trouble dépressif moyen, en précisant que, depuis son rapport de novembre 2007, l'évolution était lente, qu'il y avait une persistance des symptômes décrits à l'époque avec une diminution de l'intensité, que l'assurée devrait pouvoir récupérer progressivement sa capacité de travail et qu'une reprise d'activité dans une autre activité (cuisine scolaire) à raison de 25% était envisageable. En septembre 2008, le Dr N_____ a diagnostiqué un trouble de l'humeur épisode dépressif sévère (F32.2), avec une péjoration récente de l'état psychique, et une réaction de stress à l'abandon de sa mère dans l'enfance (F43.8) et a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée était de 100% du 1er décembre 2006 au 2 décembre 2007, de 80% du 3 décembre 2008 au 31 mars 2008 et de 75% à partir du 1er mai 2008, en ajoutant que la recourante travaillait au maximum à 25% comme aide aux cuisines scolaires, qu'elle ne pouvait pas augmenter son pourcentage d'activité et que l'activité d'assistante en pharmacie ne pouvait plus être reprise. Lors de son audition par le Tribunal de céans en décembre 2009, le Dr N_____ a maintenu son diagnostic d'état dépressif sévère, existant en tout cas depuis l'expertise effectuée par le Dr O_____ en mai 2007, en exposant que les Drs O_____ et L_____ n'avaient pas relevé d'humeur labile et que la capacité de travail de la recourante était toujours nulle. Dans un rapport du SMR du 16 janvier 2009, le Dr Q_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif moyen en rémission (F32.1) et, sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie à début tardif (F34.1), en indiquant que les limitations fonctionnelles de l'assurée

étaient une perte d'élan vital, des ruminations et un sentiment d'inutilité et d'incompétence. Il a estimé que l'incapacité de travail était de 100% de juin à décembre 2007, avec une amélioration progressive et que, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité depuis décembre 2007. Lors de son audition par le Tribunal de céans en avril 2009, le Dr Q_____ a confirmé son rapport de janvier 2009, et a notamment déclaré que, par expérience, les patients ne présentaient pas nécessairement le même tableau devant un expert ou devant leur médecin traitant, et que s'il n'avait pas constaté d'humeur labile, les conclusions de son rapport auraient été différentes. Il a ajouté que, selon ses souvenirs, il avait retenu le mois de décembre 2007 comme date à partir de laquelle il estimait que la capacité de travail de la recourante était de 100 % car, dès ce moment, elle avait repris un travail à 25 % et s'était également inscrite au chômage en juillet 2008 pour un emploi à 100 %.

A/2419/2009 - 21/22 - Le Tribunal de céans constate que tant les diagnostics que l'évaluation de la capacité de travail en résultant sont contradictoires. Le psychiatre traitant conteste le diagnostics et la capacité de travail retenus par le Dr Q_____, dont les conclusions n'emportent pas la conviction du Tribunal. Alors que, d'un côté, le médecin précité retient un diagnostic «avec répercussion sur la capacité de travail», il estime, d'un autre côté, qu'au contraire, la capacité de travail de la recourante serait totale dans toute activité. Par ailleurs, le Dr Q_____ n'indique rien au sujet du passage d'une incapacité de travail totale à une pleine capacité de travail, alors que la recourante n'a repris une activité professionnelle – de surcroît dans un autre domaine que son activité habituelle – qu'à 25%. De plus, les explications données au sujet de la date à partir de laquelle cette capacité de travail aurait évolué de 0% à 100%, soit décembre 2007, ne sont pas convaincantes : dans son rapport de janvier 2009, le Dr Q_____ ne fournit pratiquement pas d'explication à ce sujet, en se limitant à indiquer que l'assurée et son médecin traitant déclaraient une amélioration à partir de décembre 2007, ce qui correspondait au tableau clinique retrouvé lors de l'examen SMR. Lors de son audition par le Tribunal de céans, il a modifié son argumentation, en déclarant que le mois de décembre 2007 correspondait à la reprise d'activité à 25% de la recourante (alors qu'elle était située en octobre 2007 dans son rapport), qui par la suite, s'était également inscrite au chômage en juillet 2008 pour un emploi à 100%. Enfin, parmi les divers psychiatres ayant examiné la recourante, le Dr Q_____ est le seul à avoir constaté une humeur labile, tout en précisant lors de son audition que les patients ne présentaient pas nécessairement le même tableau devant un expert ou devant leur médecin traitant, et que s'il n'avait pas constaté d'humeur labile, les conclusions de son rapport auraient été différentes. Au vu de ce qui précède, le Tribunal considère qu'il n'est pas en mesure de statuer définitivement, que les faits ne sont pas suffisamment élucidés et qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il détermine, au moyen d'une expertise menée par un médecin externe à l'assurance, la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle et/ou une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à partir de décembre 2007. Le cas échéant, il appartiendra à l'intimé de déterminer le revenu réalisable dans cette activité adaptée et de le comparer au revenu sans invalidité afin de déterminer l'éventuelle invalidité de la recourante.

E. 13

La recourante étant représentée par un avocat, elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 2'500 fr. (art. 89H al. 3 LPA, 61 let. g LPGA).

E. 14

Un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2419/2009 - 22/22 -

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