

GE_GERICHTE ATAS/183/2022 vom 1. März 2022

GE Cour de justice, 2022-03-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_183_2022

FR: GE_GERICHTE ATAS/183/2022 du 1 mars 2022

IT: GE_GERICHTE ATAS/183/2022 del 1 marzo 2022

Erwägungen

E. 1

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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

E. 1.2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 1.3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prescrits par la loi, le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

A/4382/2019 - 13/20 - Il faut tout d'abord constater que l'OAI a indiqué qu'il fallait reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise et a modifié ses conclusions, en ce sens que la recourante devait être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (taux d'invalidité de 100%) dès novembre 2018, puis d'une demi-rente (taux d'invalidité de 50%) dès le mois de janvier 2020. La conclusion de la recourante qui demandait à être mise au bénéfice d'une demi-rente dès le mois d'octobre 2019 est ainsi entièrement admise, dans la mesure où elle se voit reconnaître plus que ce à quoi elle avait conclu (une pleine rente dès novembre 2018 déjà, en non pas une demi-rente dès octobre 2019, puis une demi-rente dès janvier 2020). Cette conclusion n'est partant plus litigieuse. La chambre de céans annulera la décision litigieuse et fera droit aux conclusions de la recourante en ce sens. Demeurent litigieuses la question des mesures d'ordre professionnel et de réinsertion, et celle de la prise en charge d'une thérapie auprès de l'unité Karl Jaspers du CHUV. 3. 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). Selon l'art. 7 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 la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 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).

A/4382/2019 - 14/20 - 4. 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 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références). 5. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en oeuvre une expertise lorsqu'il considère

que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que

A/4382/2019 - 15/20 - l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

E. 6

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain 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 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 ne soit à craindre. L'art. 29bis est toutefois applicable.

E. 7

En l'occurrence, la chambre de céans considérant qu'il était nécessaire d'ordonner une expertise judiciaire a confié cette mission au Dr O_____. L'expertise judiciaire a été établie dans les règles de l'art par ce spécialiste et remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'intimé en a convenu et a modifié ses conclusions en conséquence. Les diagnostics retenus, soit l'agoraphobie avec trouble panique F40.01 et l'épisode dépressif moyen F32.10, initialement sévère, actuellement en rémission partielle, correspondent d'ailleurs aux diagnostics posés par l'expert G_____, l'expert ayant en outre exposé de manière convaincante et motivée pour quelle raison il ne retenait pas le diagnostic de trouble narcissique retenu par le Dr L_____, au profit d'une accentuation de traits de personnalité du registre impulsif et émotionnellement labile Z73.1. L'expert s'est rallié, sous réserve de l'évolution de la capacité de travail vue de façon trop optimiste par l'expert G_____, à l'avis de ce médecin qui avait raison, selon lui, sur le fait que l'agoraphobie, y compris avec trouble panique, avait un bon diagnostic quant à la capacité de travail. Pour ce qui était de la capacité de travail, l'expert s'est rallié à l'avis du psychiatre traitant, de sorte que la capacité de travail exigible était de 50 % dans toutes activités. En revanche, les mesures d'adaptation préconisées par le médecin traitant, dont le suivi au centre Karl Jasper, ne trouvent pas - selon l'expert O_____ - d'indication dans le cas de la recourante, laquelle est capable des efforts nécessaires pour surmonter l'inhibition anxieuse et dépressive afin de se présenter aux rendez-vous et au travail, ce qui est dès lors exigible. Il revient en effet à la recourante, à l'aide de son traitement, de s'adapter au mieux aux conditions de travail inhérentes à son domaine de compétences. Enfin, l'aggravation temporaire de l'état de santé de la recourante entre le 20 juillet et le 21 septembre 2021 (hospitalisation) ne modifiait pas l'estimation de la capacité de travail faite par l'expert, lequel jugeait qu'étant donné la durée de l'arrêt de travail et la relative gravité de l'atteinte psychique, il fallait compter avec un délai de six à douze mois pour escompter une récupération complète de la capacité de travail. Cette expertise complète et actuelle répond à toutes les questions pertinentes dans ce dossier et doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

A/4382/2019 - 16/20 - Aussi, la chambre de céans constate, comme cela est admis par les parties, que la recourante a été en incapacité de travail totale entre juillet 2017 et octobre 2019 où elle a retrouvé une capacité de 50% dans toute activité. L'intimé ayant modifié ses conclusions en ce sens, la recourante sera mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (taux d'invalidité de 100%) dès novembre 2018, puis d'une demi-rente (taux d'invalidité de 50%) dès le mois de janvier 2020.

E. 8

8.1 La recourante requiert des « mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle » et demande à cet égard que l'OAI soit condamné à financer la thérapie spécifique, respectivement la psychothérapie spécialisée préconisée par les Drs L_____ et M_____. Elle se fonde pour ce faire sur le rapport du Dr L_____, lequel estimait qu'une incapacité de travail prolongée risquait de pérenniser sa dépression et de la rendre entièrement dépendante de l'AI ; des mesures de réinsertion étaient propres à briser ce « cercle néfaste ». Dans sa décision sur opposition, l'OAI ne s'est prononcé que sur la demande de rente d'invalidité de la recourante. Pourtant, dans le cadre de l'opposition au projet de décision, la Dresse K_____ avait indiqué qu'une mesure de réinsertion professionnelle progressive, dans un milieu adapté, lui paraissait indispensable afin d'éviter une nouvelle mise en échec et une chronicisation du trouble. Tant dans son recours que dans sa réplique, la recourante a sollicité l'octroi de mesures de réadaptation en réaffirmant qu'elle était motivée à travailler. Sa capacité de travail étant limitée à 50% dans une activité strictement adaptée, il convenait de lui accorder des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle. Comme cela ressortait du rapport du Dr L_____, une incapacité de travail prolongée risquait de pérenniser sa dépression et de la rendre entièrement dépendante de l'AI ; des mesures de réinsertion étaient propres à briser ce « cercle néfaste ». Enfin, il convenait de lui financer la thérapie spécifique, respectivement la psychothérapie spécialisée préconisée par les Drs L_____ et M_____. L'intimé n'a jamais explicitement statué sur les mesures de réinsertion tendant à la réadaptation requise par la recourante, mais a néanmoins rendu une décision de refus alors que la question avait été posée par l'un des médecins de la recourante. Il convient donc de déterminer si la recourante peut prétendre à des mesures. En revanche, la recourante n'a invoqué pour la première fois que devant la chambre de céans les mesures d'ordre médical préconisées par le Dr L_____ (et dont l'utilité a été niée par l'expert nommé par la chambre de céans). Ces mesures n'ont ainsi pas fait l'objet de la décision administrative litigieuse. Dès lors que dans la procédure juridictionnelle administrative ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision, la juridiction cantonale n'avait pas à se prononcer sur cette prétention (ATF 131 V 164 consid. 2.1 et les arrêts cités), la chambre de céans ne

A/4382/2019 - 17/20 - peut pas examiner les conclusions y relatives. Elle rappellera cependant que, dans la mesure où la recourante était âgée de 36 ans lors du prononcé de la décision attaquée, elle ne pouvait pas prétendre à des mesures médicales, dont l'art. 12 LAI réserve l'octroi aux assurés âgés de moins de 20 ans révolus.

E. 8.2

Il existe essentiellement deux situations dans lesquelles la valorisation économique de la capacité fonctionnelle de travail présuppose l'octroi préalable de mesures de réadaptation. D'un point de vue médical, l'octroi d'une mesure de réadaptation peut constituer une condition sine qua non pour permettre à la personne assurée d'accroître sa capacité fonctionnelle de travail. Lorsque le corps médical fixe une capacité résiduelle de travail, tout en réservant que celle-ci ne pourra être atteinte que moyennant l'exécution préalable de mesures de réadaptation, il n'y a pas lieu de procéder à une évaluation du taux d'invalidité sur la base de la capacité résiduelle de travail médico-théorique avant que lesdites mesures n'aient été exécutées (arrêt 9C_141/2009 du 5 octobre 2009 consid. 2.3.1 et les arrêts cités,

in SVR 2010 IV n° 9 p. 27). L'octroi d'une mesure de réadaptation peut également constituer une condition sine qua non d'un point de vue professionnel. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, il appartient en principe à la personne assurée d'entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de l'amélioration de sa capacité de travail médicalement documentée (réadaptation par soi-même ; cf. Ulrich MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2ème éd., 2010, p. 383) ; autrement dit, une amélioration de la capacité de travail médicalement documentée permet, nonobstant une durée prolongée de la période durant laquelle la rente a été allouée, d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, de procéder à une nouvelle comparaison des revenus. Cette jurisprudence est la fidèle traduction du principe dit de la priorité de la réadaptation sur la rente, d'après lequel aucune rente ne saurait être allouée dès lors qu'une mesure de réadaptation est susceptible d'avoir une incidence sur la capacité de gain de la personne assurée (arrêts 9C_368/2010 du 31 janvier 2011 consid. 5.2.2.1 et 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les arrêts cités [SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; RSAS 2011 p. 71]). Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée ; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt A/4382/2019 - 18/20 - 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; RSAS 2011 p. 71]). Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86 ; RSAS 2011 p. 71]).

E. 8.3

En l'espèce, la recourante sera mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le mois de janvier 2020 et jouit d'une capacité de travail de 50% dès le mois d'octobre 2019 à teneur de l'expertise. Elle est capable de faire les efforts nécessaires à surmonter l'inhibition anxieuse et dépressive pour se présenter aux rendez-vous et au travail, ce que l'expert a considéré comme exigible. En suivant son traitement, la recourante pouvait retrouver une capacité de travail complète dans un délai de six à douze mois depuis l'expertise. Au vu du rapport d'expertise dont la valeur probante a été reconnue par la chambre de céans et des circonstances concrètes, à savoir que la recourante n'avait pas été longuement éloignée du monde du travail jusqu'à la récupération de 50% de sa capacité de travail en octobre 2019 et disposait de formations et d'expériences professionnelles propres à lui permettre de retrouver un emploi dans un délai raisonnable, l'on pouvait exiger qu'elle entreprenne de son propre chef tout ce qu'on pouvait raisonnablement attendre d'elle pour tirer profit de sa capacité résiduelle de travail médicalement documentée et ce, jusqu'à récupération complète, sans que des mesures de réinsertion ou de réadaptation ne soient nécessaires. Au vu de ce qui précède, les conclusions de la recourante tendant à l'octroi de mesures ne peuvent être admises.

E. 9

Pour le surplus, le recours sera partiellement admis en ce sens que la décision du 28 octobre 2019 sera annulée et il sera dit que la recourante doit être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité (taux d'invalidité de 100%) dès novembre 2018, puis d'une demi-rente (taux d'invalidité de 50%) dès le mois de janvier 2020, conformément aux art. 29 LAI et 88a RAI.

E. 10

La recourante, obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- et mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA). Par ailleurs, un émolument de CHF 200.- sera mis à charge de l'intimé.

E. 11.1

S'agissant des frais d'expertise, conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'art. 45 al. 1 LPGA constitue une base légale suffisante pour mettre les coûts d'une expertise judiciaire à la charge de l'assureur (ATF 143 V 269 consid. 6.2.1 et les références), lorsque les résultats de l'instruction mise en œuvre

A/4382/2019 - 19/20 - dans la procédure administrative n'ont pas une valeur probatoire suffisante pour trancher des points juridiquement essentiels et qu'en soi un renvoi est envisageable en vue d'administrer les preuves considérées comme indispensables, mais qu'un tel renvoi apparaît peu opportun au regard du principe de l'égalité des armes (ATF 139 V 225 consid. 4.3). Cette règle ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2).

E. 11.2

Dans le cas d'espèce, le coût de l'expertise judiciaire restera à la charge de l'État. L'expertise a été ordonnée compte tenu du fait que le dossier comportait notamment une expertise qui ne permettait pas d'apprécier la capacité de travail au regard des indicateurs pertinents prescrits par l'ATF 143 V 418 et du fait que des avis divergents avaient été soulevés par les médecins traitants. L'on ne peut cependant pas reprocher à l'autorité administrative une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées. En conséquence de quoi, la CJCAS considère qu'au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus, il ne se justifie pas de mettre les frais de l'expertise judiciaire à la charge de l'OAI. * * * * *

A/4382/2019 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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