

# **GE\_GERICHTE ATAS/310/2016 vom 21. April 2016**

GE Cour de justice, 2016-04-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_310\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_310_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/310/2016 du 21 avril 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/310/2016 del 21 aprile 2016

## **Erwägungen**

### **E. 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) en vigueur dès le 1er janvier 2011, 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 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

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

### **E. 3**

Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé ou amélioré depuis la première décision de l'intimé du 4 novembre 2003, avec influence sur le droit de la rente.

### **E. 4**

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que 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. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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

A/1784/2015 - 12/17 - degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

### **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). 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 ou mentale 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).

#### **E. 6**

En vertu de 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. 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

#### **E. 7**

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 sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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

A/1784/2015 - 13/17 - 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. A 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).

#### **E. 8**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont

sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). b. Le juge ne s'écarte 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 351 consid. 3b/aa et les références). c. 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/cc).

A/1784/2015 - 14/17 -

## **E. 9**

a. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique au SMR en août 2014, lequel retient comme seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail une hernie discale L4-L5, opérée par discectomie le 16 août 1999, et des discopathies C5-C6 et C6-C7 opérées par discectomie et spondylodèse le 19 novembre 2009. Les diagnostics de rhizarthrose bilatérale, la chondropathie, le trouble panique et le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sont sans influence sur la capacité de travail. Sur le plan ostéo-articulaire, la capacité de travail est entière dès le 1er juin 2010 dans une activité adaptée, comme celle de secrétaire, soit six mois après l'intervention chirurgicale cervicale. Sur le plan psychique, il n'y a aucune incapacité de travail. b. Selon l'expertise judiciaire psychiatrique, la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère au moment de l'expertise, d'un trouble panique et d'un trouble de la personnalité dépendante avec traits de personnalité anxieuse et évitante relativement marqués. Le trouble dépressif récurrent évolue de façon chronique et est fluctuant. Le plus souvent, il présente un niveau de gravité justifiant le diagnostic d'épisode dépressif moyen. Il y a des périodes d'exacerbation durant lesquelles le niveau de gravité correspond à un épisode dépressif sévère et, plus rarement, des périodes de rémission durant lesquelles la symptomatologie correspond à un épisode dépressif léger. La capacité de travail est nulle au moment de l'expertise et dans la durée. Il n'est pas réaliste que la recourante travaille dans le monde économique traditionnel, dès lors qu'il faut s'attendre à de fréquentes et longues absences et, durant les périodes de capacité de travail, à des fluctuations marquées du rendement et à un niveau élevé d'erreurs. La capacité de travail est également réduite dans le ménage sur le plan psychiatrique, indépendamment des

limitations éventuelles au plan rhumatologique. c. Il ne fait pas de doute qu'une pleine valeur probante doit être attribuée à l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_, laquelle a été effectuée en connaissance du dossier médical entier, prend en considération les plaintes de la recourante, repose sur un examen clinique très consciencieux et approfondi et aboutit à des conclusions étayées. Sur le plan psychiatrique, il peut être constaté que les diagnostics de cet expert sont semblables à ceux émis par le médecin psychiatre du SMR, même si le Dr O\_\_\_\_\_ ajoute encore le trouble de personnalité dépendante. Cependant, l'appréciation de la sévérité est divergente, ainsi que la répercussion du trouble dépressif récurrent sur la capacité de travail. De façon convaincante, l'expert psychiatre expose que l'incapacité de travail de la recourante est totale, ce qui ne semble pas être contesté par l'intimé. Cependant, le médecin du SMR considère qu'il y a une aggravation de l'état de santé et que l'évolution de la capacité de travail depuis janvier 2011 ne peut être déterminée. Les conclusions du SMR sont surprenantes, dès lors qu'il résulte aussi bien des expertises judiciaires que de l'historique de l'évolution des atteintes à la santé que

A/1784/2015 - 15/17 - l'état s'est péjoré depuis octobre 2009 (cf. à cet égard le certificat du 8 mars 2010 du Dr B\_\_\_\_\_). Dans l'expertise judiciaire psychiatrique, il est expliqué que le trouble panique a commencé après l'opération en 2009. En septembre 2010, la recourante a consulté le Dr D\_\_\_\_\_ et est suivie depuis lors sur le plan psychiatrique et psychothérapeutique. Quant au trouble dépressif, il s'est développé depuis 1999, avec un premier épisode dépressif sévère après l'intervention chirurgicale en cette année et la rupture de la relation conjugale quelques mois plus tard. Le Dr D\_\_\_\_\_ certifie le 14 mars 2011 un épisode dépressif majeur récurrent, d'intensité sévère, tout en indiquant qu'il s'agit du deuxième épisode dépressif d'intensité sévère de l'assurée, après un épisode dépressif moyen en 1999 et un épisode dépressif d'intensité sévère en 2000, à la suite de la séparation de son époux. Dans son courrier du 16 février 2015, ce médecin précise que la recourante a présenté une quinzaine d'épisodes dépressifs en tout, dont cinq épisodes dépressifs sévères durant les périodes suivantes: en 2000, de mars à juillet 2011 (dans un contexte d'isolement affectif et social, mais sans facteur déclenchant), de septembre 2011 à mars 2012 (sans facteur déclenchant), d'août à décembre 2013 (suite au fait que sa fille avait commencé à vivre en ménage avec son ami) et de février à mai 2014 (sans facteur déclenchant). Les épisodes dépressifs légers faisaient généralement suite aux autres épisodes dépressifs ou les ont précédés. Cela étant, le dossier médical et de l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ permettent de constater que le trouble dépressif récurrent, présent depuis 1999, a engendré plusieurs épisodes dépressifs sévères engendrant une pleine incapacité de travail. Une aggravation s'est produite dans le cours de l'année 2009 avec l'apparition d'un trouble panique après l'opération aux cervicales subie. Cette aggravation est postérieure à la première décision de l'intimé du 4 novembre 2003. Enfin, toutes les aggravations sont antérieures et à la demande de révision de la recourante et à la décision querellée, de sorte qu'elles auraient dû être prises en compte. Sur le plan psychiatrique, aucune amélioration ne peut enfin être admise. Une expertise complémentaire ne paraît ainsi pas utile, raison pour laquelle la requête dans ce sens de l'intimé sera rejetée. Au vu de ce qui précède, non seulement la suppression de la demi-rente dont la recourante bénéficiait, n'est pas fondée, mais au contraire il convient de lui reconnaître une incapacité de travail totale. Cela ouvre le droit à une rente entière. Enfin, dès lors que la capacité de la recourante est déjà nulle au niveau psychiatrique, celle au niveau somatique peut rester ouverte.

En vertu de l'art. 88 bis al. 1 let.a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où l'assuré a présenté sa demande de révision. En l'occurrence, la recourante a présenté une demande de révision par courrier du 30 janvier 2014, reçu le 3 février suivant par l'OAI, de sorte que le droit à la rente naît en février 2014. Il ne fait à cet égard pas de doute que l'incapacité de travail

A/1784/2015 - 16/17 - totale avait à cette date déjà duré une année, au vu des troubles dépressifs sévères et moyens à répétition rapportés par le Dr D\_\_\_\_\_.

**E. 11**

Par conséquent, le recours sera admis, la décision querellée annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès février 2014.

**E. 12**

Dans la mesure où l'intimé succombe, il sera condamné à un émolument de justice de CHF 1'000.-.

**E. 13**

L'intimé sera en outre condamné à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.

\*\*\*

A/1784/2015 - 17/17 - 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.