

GE_GERICHTE ATAS/322/2017 vom 18. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_322_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/322/2017 du 18 avril 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/322/2017 del 18 aprile 2017

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

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a remplacé la rente entière d'invalidité de la recourante par une demi-rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2016.

A/3426/2016 - 8/15 -

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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31

janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 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 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

A/3426/2016 - 9/15 - 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 125 V 351 consid. 3).

A/3426/2016 - 10/15 -

E. 7

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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base 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 351 consid. 3b/bb). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1,

in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en

A/3426/2016 - 11/15 - cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 8

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).

E. 9

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 10

a. En l'espèce, il convient d'examiner si la situation de la recourante a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations. Par décision du 21 mai 2007, la recourante avait été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er août 2004 en raison d'un trouble dépressif, épisode sévère, entraînant une incapacité de travail totale. Suite à la procédure de révision initiée par l'intimé en 2009, ce dernier a retenu que l'état de santé de la recourante s'était amélioré, de sorte qu'elle présentait une capacité de travail de 50% en tant qu'infirmière, ce que la recourante conteste.

A/3426/2016 - 12/15 - b. Sur le plan somatique, l'intimé s'est fondé sur l'avis du SMR du 21 janvier 2013, dont les conclusions ont ensuite été confirmées en date des 13 novembre 2015 et 19 août 2016. À la lecture de l'avis du 21 janvier 2013, la Chambre de céans constate que si le SMR a certes retenu des limitations fonctionnelles orthopédiques et indiqué que la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, en revanche, il n'a indiqué aucun diagnostic somatique et n'a fait état d'aucune conclusion quant à la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle. Dans le cadre de ses écritures, l'intimé explique que la capacité de travail de 50% en tant qu'infirmière résulte du rapport du Dr D_____ du 26 septembre 2010, confirmée par son rapport du 25 septembre 2014. Certes, le Dr D_____ a-t-il estimé que la recourante - qui présentait alors une gonarthrose aux deux genoux - avait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle six mois après l'intervention au genou gauche, en revanche, contrairement à ce qu'avance l'intimé, le Dr D_____ n'a toutefois pas confirmé la persistance de cette capacité de travail en 2014. Au contraire, dans son rapport du 25 septembre 2014, il a estimé que l'activité habituelle n'était plus exigible en raison de la polyopathie présentée alors par la recourante, soit notamment un status après les deux prothèses totales de genoux en juillet et octobre 2010, un status après arthrodèse métatarsophalangienne et une coxarthrose droite. En outre, contrairement à ce qu'avance l'intimé dans son écriture du 7 décembre 2016, le Dr D_____ a constaté l'existence de nouvelles atteintes dans son rapport du 30 juin 2016, à savoir une scoliose sinistro-convexe marquée centrée sur LD avec discopathies dégénératives étagées prédominant à la charnière dorso-lombaire et des rétrécissements foraminaux étagés du côté droit. Par ailleurs, le SMR a retenu que la recourante pouvait exercer une activité en position debout, mais pas de manière prolongée. Elle devait également pouvoir changer de position à son gré deux fois par heure (avis du 21 janvier 2013). Or, la Chambre de céans constate que ces limitations fonctionnelles ne résultent d'aucun rapport versé à la procédure, le Dr D_____ ayant retenu que la recourante pouvait uniquement travailler en position assise (rapports des 26 septembre 2010 et 25 septembre 2014). Or, on rappellera que les avis du SMR ne doivent pas poser de nouvelles conclusions médicales, mais porter une appréciation sur celles déjà existantes. Quoiqu'il en soit, la Chambre de céans peine à comprendre comment l'exercice de l'activité d'infirmière pourrait être compatible avec l'interdiction de maintenir une position debout prolongée et la nécessité d'alterner les positions deux fois par heure. Force est dès lors de constater que les rapports versés à la procédure ne permettent pas de confirmer que, sur le plan somatique, la recourante présente une capacité de travail de 50% en tant qu'infirmière. Il convient par conséquent de renvoyer la

A/3426/2016 - 13/15 - cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise effectuée par un orthopédiste indépendant. c. Sur le plan psychique, l'intimé s'est fondé sur l'avis du Dr F_____ et a retenu une capacité de travail de 50% dès janvier 2013 dans toutes les activités. À la demande de l'intimé, par rapport du 21 décembre 2012, le Dr F_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, une anxiété généralisée (F41.1) depuis 2003, et sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger depuis juin 2012 et des traits de personnalité dépendante depuis l'adolescence. La chambre de céans relèvera que les diagnostics posés par le Dr F_____, expert psychiatre, s'opposent à ceux retenus non seulement par le psychiatre traitant, mais également par le Dr C_____, expert psychiatre mandaté par l'intimé. En effet, alors que le Dr F_____ est d'avis que la recourante présente une anxiété généralisée remontant à 2003, ni le Dr C_____ (rapport du 6 juillet

2010), ni le Dr B _____ n'ont fait état de cette atteinte à la santé. Qui plus est, alors que ces deux spécialistes ont relevé un trouble dépressif majeur récurrent, le Dr F _____ ne l'a pas constaté. En outre, alors que ce dernier retient uniquement des traits de personnalité dépendante, le Dr C _____ a, quant à lui, mis en évidence un trouble de la personnalité dépendante. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le Dr F _____ a estimé qu'elle était de 50% dès le 4 octobre 2012, tout en réservant la possibilité d'une nouvelle péjoration du trouble dépressif. Or, les rapports établis par le Dr B _____ font état de phases récurrentes d'états dépressifs sévères qui rendraient la recourante cliniquement incapable d'exercer une activité professionnelle (rapports des 12 et 18 août 2014, 30 janvier 2015). Compte tenu de ce qui précède, et au vu des diagnostics différents posés par les deux experts psychiatres, la Chambre de céans ne saurait confirmer, sans autre instruction, les conclusions du Dr F _____, lesquelles, de surcroît, se fondent sur un examen effectué le 4 octobre 2012, alors que la décision litigieuse a été rendue près de quatre ans plus tard, soit le 15 septembre 2016. Ainsi, à défaut d'informations fiables et suffisantes sur les atteintes somatiques et psychiques dont souffre la recourante et sur leurs répercussions éventuelles sur sa capacité de travail, la Chambre de céans n'est pas en mesure d'apprécier de manière adéquate la situation médicale de la recourante et de déterminer si elle a présenté une amélioration de sa capacité de gain, au sens de l'art. 17 LPGA. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il ordonne un complément d'instruction sous la forme notamment d'une expertise médicale indépendante auprès de médecins spécialisés en psychiatrie également.

E. 11

Les conditions jurisprudentielles d'un renvoi sont d'autant plus remplies que l'intimé n'a pas instruit correctement la situation médicale de la recourante. En cas

A/3426/2016 - 14/15 - de nécessité, un stage d'observation professionnelle visant à clarifier le rendement exigible et les activités qui demeurent à la portée de la recourante sera également organisé. Une fois ces mesures d'instruction effectuées, il appartiendra à l'intimé d'évaluer le taux d'invalidité et de rendre une nouvelle décision.

E. 12

Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants.

E. 13

La recourante, qui est représentée et qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

E. 14

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émoulement de CHF 200.-.

A/3426/2016 - 15/15 - 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.