

GE_GERICHTE ATAS/419/2018 vom 17. Mai 2018

GE Cour de justice, 2018-05-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_419_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/419/2018 du 17 mai 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/419/2018 del 17 maggio 2018

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 délais 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 depuis la dernière décision de l'intimé du 15 décembre 2014, réduisant la rente entière de la recourante à une demi-rente dès le 1er février 2015, et cas échéant si cette aggravation justifie une augmentation de la rente.

E. 4

Dans un premier grief d'ordre formel, la recourante se prévaut d'une violation du droit d'être entendue, la décision querellée n'étant pas motivée. a. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 Cst., celui d'obtenir une décision motivée. Le destinataire de la décision et toute personne intéressée doit pouvoir la comprendre et l'attaquer utilement en connaissance de cause s'il y a lieu, et l'instance de recours doit pouvoir exercer pleinement son contrôle si elle est saisie (ATF 129 I 232 consid. 3.2; ATF 126 I 15 consid. 2a/aa). Le devoir de motiver une décision est en outre prescrit à l'art. 49 al. 3 LPGA. Pour répondre aux exigences fixées par cette disposition, l'autorité se doit au moins de mentionner brièvement les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. En revanche, l'autorité n'a pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties ; elle peut se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui apparaissent pertinents (cf. ATF 126 I 102 consid. 2b). Une violation du droit d'être entendu est toutefois considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité

A/530/2018 - 7/13 - de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques

de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa; ATF 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1).a. 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. b. En l'occurrence, la décision querellée est certes très brièvement motivée. Il n'en demeure pas moins que le recourante pouvait comprendre que sa demande de révision a été rejetée en raison du fait que l'intimé a considéré que son état de santé ne s'était pas aggravé. En tout état de cause, l'éventuel vice de motivation a pu être réparé devant la chambre de céans.

E. 5

a. 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). b. Selon l'art. 87 al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Ainsi, lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce

A/530/2018 - 8/13 - contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

E. 6

En l'occurrence, la recourante a demandé une révision du droit à la rente par courrier du 14 août 2016, par lequel elle a informé l'intimé qu'elle avait démissionné de son poste de travail, d'une part, et qu'elle était en incapacité de travail totale, d'autre part. Elle l'a confirmé par courrier du 13 septembre 2016. Toutefois, déjà auparavant, l'intimé avait entamé une procédure de révision, après que la recourante lui a communiqué qu'elle augmentait son taux d'occupation professionnelle à 80 % dès le 1er janvier 2016. Dans le cadre de ces révisions, d'office et sur demande de la recourante, l'intimé a procédé à

l'instruction de la cause. Il convient dès lors de considérer qu'il est entré en matière aussi sur la demande de révision de la recourante. Partant, il ne peut refuser les prestations au motif que la recourante n'avait pas rendu plausible une aggravation de l'état de santé, comme cela semble ressortir de l'avis du SMR du 21 décembre 2017. Par conséquent, il y a lieu d'examiner la question de l'aggravation de l'état de santé quant au fond.

E. 7

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). 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. 8

Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs

A/530/2018 - 9/13 - (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, en particulier aux dépressions légères à moyennes. En effet, les maladies psychiques ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient «résistantes à la thérapie» (ATF 140 V 193 E. 3.3 p. 197; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1; 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2). Selon la nouvelle jurisprudence, il importe plutôt de savoir, si la personne concernée peut objectivement apporter la preuve d'une incapacité de travail et de gain invalidante. Le fait qu'une dépression légère à moyenne est en principe traitable au moyen d'une thérapie, doit

continuer à être pris en compte dans l'appréciation globale des preuves, dès lors qu'une thérapie adéquate et suivie de manière conséquente est considérée comme raisonnablement exigible. 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 ou aggravation 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).

E. 9

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 (art. 28 al. 2 LAI).

E. 10

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. 11

a. 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).

A/530/2018 - 10/13 - 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 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).

E. 12

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). Il n'existe 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. 13

a. Le Dr B_____ atteste dans son rapport du 10 mai 2016 que la recourante présente une dysthymie, une phobie sociale et une anxiété généralisée avec une capacité de travail de 50 % à compter d'avril 2014. Les symptômes étaient à l'époque les suivants : fatigue, fatigabilité marquée (l'assurée doit le plus souvent se reposer en sortant du travail), augmentation des angoisses par rapport à quelques mois en arrière, thymie plus triste fréquemment, manque de concentration, d'attention, sentiment d'être dépassée et surmenée. Dans son constat médical, il mentionne une symptomatologie dysthymique de nouveau plus marquée, après un essai d'augmentation du temps de travail, avec des angoisses invalidantes au quotidien et dans son travail, souvent irritable avec des difficultés à se concentrer et à soutenir son attention. Le traitement consiste en Sertraline 200 mg/jour et Tranxilium 5-10 mg/jour. Dans son rapport du 24 octobre 2016, soit après le licenciement de la recourante, respectivement sa démission, le Dr B_____ atteste que l'état de santé s'est aggravé. Deux événements ont contribué à cette aggravation, à savoir le mobbing au travail suivi de la fin des rapports de travail et la maladie grave de feu son mari.

A/530/2018 - 11/13 - Dans ce contexte, le Dr B_____ atteste que la recourante a progressivement présenté une symptomatologie anxieuse de plus en plus marquée, des difficultés de concentration, une fatigue importante, des attaques de panique presque quotidiennes, un manque d'élan vital, une anhédonie devenant plus importante, des ruminations et une symptomatologie dépressive avec céphalées fréquentes, inappétence et insomnies. La capacité de travail est nulle, le niveau de fonctionnement habituel de la recourante n'étant pas encore rétabli. Le traitement médical est resté identique. Dans son rapport du 14 mars 2017, le Dr B_____ atteste que l'état est resté stationnaire depuis son dernier rapport. La symptomatologie dépressive s'est nettement accentuée depuis le décès de son mari le 9 décembre 2016. Cette symptomatologie est avant tout « somatique », avec une fatigue et une fatigabilité importante, perte d'appétit, des difficultés dans le maintien du sommeil et des réveils précoces. A cela s'ajoutent des plaintes somatiques mal systématisées du genre fourmillements dans les pieds et les mains et céphalées fréquentes. Au traitement médicamenteux a été ajouté un somnifère, des Oméga 3 et l'Algifor. L'incapacité de travail reste complète, la recourante devant surmonter la perte de son emploi, dans un contexte conflictuel, et le décès de son mari. Le 2 décembre 2017, le Dr B_____ maintient que l'état reste stationnaire et qu'une reprise du travail est actuellement inenvisageable. b. Cette appréciation médicale est contestée par le SMR, dans son avis médical du 21 décembre 2017. Toutefois, la Dresse C_____ n'est pas psychiatre et n'a pas examiné la recourante. Par ailleurs, elle doit avoir pris une connaissance très superficielle du dossier. En effet, son avis médical contient d'abord une erreur au premier paragraphe lorsqu'elle fait état de ce que la recourante a bénéficié d'une demi-rente dès le 1er juin 2010,

sans mentionner qu'elle a ensuite bénéficié d'une rente entière. Par ailleurs, elle mentionne une expertise effectuée par le Dr E_____, psychiatre au SMR, qui n'a jamais examiné la recourante. Ensuite, elle indique avoir interrogé le Dr B_____ et que celui-ci a répondu que la situation était stationnaire et que la capacité de travail actuelle était nulle, sans mentionner que ce même médecin a attesté auparavant que l'état de santé s'était aggravé, si bien que la situation n'était stationnaire que par rapport à son dernier rapport médical. Cela étant, l'avis du SMR n'a aucune valeur probante et n'est pas propre à mettre en doute l'appréciation médicale du Dr B_____. c. Quant aux appréciations de la capacité de travail par le Dr B_____, elles n'ont pas une valeur probante suffisante. Ce médecin n'a notamment pas eu connaissance du dossier médical intégral, soit en particulier des expertises qui ont abouti à l'octroi d'une demi-rente, puis d'une rente entière en 2010. Ses appréciations ne contiennent pas non plus une anamnèse complète. En outre, il est surprenant qu'une dysthymie, telle que retenue par le psychiatre traitant, provoque une incapacité de travail totale de longue durée, même si cela ne peut pas être totalement exclu si ce diagnostic est associé à d'autres comorbidités. Enfin, faute d'informations

A/530/2018 - 12/13 - suffisantes, il n'est pas possible d'examiner la capacité de travail sur la base des indicateurs établis par le Tribunal fédéral pour l'appréciation du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, conformément à sa jurisprudence récente. Il appert ainsi que l'instruction est manifestement lacunaire. Cela étant, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il complète l'instruction par une expertise psychiatrique.

E. 14

Partant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire.

E. 15

Dès lors que la recourante obtient partiellement gain de cause, l'intimé est condamné à lui verser une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.

E. 16

L'émolument de justice, fixé à CHF 200.-, est mis à la charge de l'intimé.

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.