

GE_GERICHTE ATAS/454/2014 vom 1. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_454_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/454/2014 du 1 avril 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/454/2014 del 1 aprile 2014

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; RS 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

A 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. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

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. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur la révision de la rente d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'amélioration de son état de santé.

E. 6

a) 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).

A/773/2013 - 10/18 - b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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. Dès le 1er janvier 2004, 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). 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). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). c) 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).

E. 7

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. 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 A/773/2013 - 11/18 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b) 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n.

E. 10

a) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. b) Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (ATF non publié 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (ATF non publié 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le A/773/2013 - 15/18 - caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF non publiés 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). c) Une nouvelle appréciation des faits après un

examen plus complet et approfondi de la situation médicale effectuée dans le cadre d'une révision ne permet pas une reconsidération, car même s'il apparaît ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque peut sembler aujourd'hui critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement insoutenable au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt n. p. du 27 novembre 2012, 9C_709/2012).

E. 11

En l'espèce, il convient de comparer la situation lors de l'octroi de la rente entière par décision du 9 septembre 2005 avec celle prévalant lors de la décision du 4 février 2013. Après le dépôt de la demande initiale en juin 2003, il a été établi que les troubles somatiques de l'assuré impliquaient une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, limitée en raison des efforts importants et des ports de charge, mais que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, par exemple dans l'industrie légère. L'accident n'avait pas eu de conséquences importantes durables du point de vue somatique. Ainsi, l'OAI retenait déjà en 2005 que l'état de santé somatique de l'assuré n'impliquait aucune incapacité de travail dans une activité adaptée et aucune perte de gain. Contrairement à ce que soutenait le SMR en avril 2011, la rente n'a pas du tout été accordée en raison des troubles somatiques, le taux d'invalidité étant nul, sans tenir compte des conséquences neuro-psychiques de l'accident. En 2013, l'assuré a conservé une pleine capacité dans une activité adaptée, du point de vue somatique. Il n'y a eu ni péjoration, ni amélioration de sa capacité de travail sous réserve de la nécessité d'un réentraînement à l'effort après plus de 10 ans d'inactivité. Du point de vue psychique, le SMR disposait en 2005 des rapports de l'hôpital, des Drs A _____ et B _____, et de l'évaluation neuropsychologique de Madame P _____. Aucun TCC n'avait été diagnostiqué par l'Hôpital et seul le Dr A _____ avait évoqué cette hypothèse, reprise par le Dr B _____. Les deux médecins faisaient état d'un trouble dépressif, dont la sévérité n'a jamais été précisée (sauf durant les premières séances de suivi), un trouble majeur n'étant pas déterminant quant à la sévérité et le détail des symptômes permettant de déterminer le degré de la dépression n'ayant alors pas été mentionné. Par contre, les médecins ont souligné le marasme social de l'assuré et sa nécessité d'assister son épouse, gravement atteinte lors de l'accident. Le suivi psychiatrique a été limité à quelques séances en octobre 2004 et 2005, puis le Dr A _____ a poursuivi le traitement médicamenteux. C'est ainsi essentiellement en raison des troubles neuropsychologiques importants que le SMR a jugé que l'assuré était totalement incapable de travailler dans toute activité. L'examen neuropsychologique de 2004 relevait des résultats déficitaires au niveau mnésique, attentionnel et au niveau des

A/773/2013 - 16/18 - fonctions exécutives, ainsi que d'importantes difficultés au niveau des capacités visuo-constructives, du langage, du calcul écrit, de la parole et du graphisme, en précisant que ces résultats pouvaient s'expliquer en partie par l'état dépressif, par le bas niveau socio-culturel et la faible maîtrise du français, et peut-être aussi par un TCC non prouvé. En 2011, l'expertise de la Dresse E _____ est fondée sur un examen de l'assuré, tient compte de ses plaintes et de la description du déroulement de ses journées quotidiennes. Les diagnostics retenus et les conclusions de l'expertise sont convaincants, notamment s'agissant de l'appréciation de la gravité de l'état dépressif de l'assuré, qui n'implique en tout cas pas une totale incapacité de travail dans toute activité, la question de savoir si l'assuré est pleinement ou seulement partiellement capable de travailler pouvant

rester ouverte au vu de ce qui suit. En effet, l'expert n'examine pas sérieusement si l'état de santé s'est objectivement amélioré depuis la décision initiale de septembre 2005 et il est vraisemblable qu'elle aurait fait la même appréciation de la capacité de travail de l'assuré en 2004-2005 qu'en 2011. Au surplus, elle conclut à l'absence de troubles neuropsychologiques sans avoir procédé à un examen et, sur ce point, l'expertise n'est pas probante. Il ressort des avis des deux médecins de l'assuré lors de la révision que l'état de ce dernier ne s'est pas amélioré. Le Dr A _____, médecin traitant régulier de l'assuré, donne un avis éclairé sur la question et précise que son patient a toujours et régulièrement été traité par Citalopram® depuis 2005, sans amélioration sur son état anxio-dépressif. Il l'a régulièrement invité à reprendre un suivi psychiatrique mais sans succès. L'avis du Dr B _____ n'est quant à lui pas probant, il comporte des contradictions et est peu motivé. Il a revu l'assuré le 13 janvier 2011, c'est-à-dire après que l'OAI a sommé ce dernier de lui communiquer le nom de son médecin psychiatre. Il estime tantôt que son patient présente un état dépressif "sans précision", tantôt sévère, ce qui semble peu compatible avec la description de sa vie quotidienne et l'absence de tout suivi psychiatrique entre 2005 et 2011. Au surplus, cet ethnopsychiatre estime que l'incapacité de travail de l'assuré est tout autant due à des facteurs socioculturels et migratoires que médicaux. Il en allait d'ailleurs de même en 2005. Du point de vue neuropsychologique, il est établi que les capacités cognitives de l'assuré ne se sont ni améliorées, ni péjorées. En 2004, les résultats sévèrement déficitaires étaient corrélés aux capacités limitées de l'assuré, à son état dépressif et très peu vraisemblablement à un TCC et ils étaient influencés par l'absence de traducteur. En 2013, malgré une exagération des troubles clairement identifiée lors de l'examen, les résultats objectivés sont très sévèrement déficitaires, l'assuré présentant des troubles cognitifs majeurs et aggravés par rapport à 2004. Ainsi, on peut raisonnablement retenir que, sans la part d'exagération, les résultats seraient similaires à ceux de 2004, sans amélioration ni aggravation, compte tenu du fait que cette fois-ci l'examen a eu lieu avec un traducteur.

A/773/2013 - 17/18 - Il s'avère ainsi que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas aggravé ni amélioré de façon notable, voire pas du tout, entre 2005 et 2013. Cela démontre bien que les médecins de l'assuré et le SMR, en se fondant sur l'avis de la Dresse E _____ apprécient différemment la capacité de travail de l'assuré sur la base d'un état de santé identique. En d'autres termes, les médecins de l'assuré et l'experte ont fait une appréciation différente d'une situation médicale comparable du point de vue objectif s'agissant de la détermination de la capacité de travail de l'assuré. Comme déjà relevé, il est fort vraisemblable que si la Dresse E _____ aurait eu à apprécier la capacité de travail de l'assuré en 2005, elle aurait fait la même appréciation qu'en 2011. A défaut d'amélioration notable de l'état de santé de l'assuré ou d'autres éléments influençant le taux d'invalidité, il n'y a pas matière à révision. La décision de suppression de la rente du 4 février 2013 est donc mal fondée.

E. 12

A juste titre, l'OAI ne prétend pas que la décision de supprimer la rente serait fondée sur une reconsidération, tant il est vrai que la décision initiale d'octroi d'une rente entière a été basée sur un examen par le SMR de l'ensemble des rapports médicaux et qu'aucune comparaison des revenus n'était nécessaire puisque le SMR retenait une totale incapacité de travail dans toute activité. La décision initiale n'est donc pas le fruit d'une appréciation manifestement inexacte. Même s'il peut apparaître ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque, retenant une totale incapacité de travail, pourrait sembler

aujourd'hui critiquable, cela ne permet pas pour autant de reconsidérer la décision initiale d'octroi d'une rente entière, selon la jurisprudence. Par ailleurs, l'OAI ne prétend pas justifier la révision par la reprise d'une activité lucrative, la décision étant uniquement motivée par l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, et, partant, mal fondée. S'agissant des mains calleuses de l'assuré, elles s'expliquent par le jardinage relevé par la Dresse E _____, ce qui n'est donc pas une activité agricole lucrative, mais une occupation.

E. 13

Le recours, bien fondé, est admis et la décision du 4 février 2013 est annulée. Compte tenu des frais de la procédure, en particulier l'expertise neuropsychologique d'un coût de 1'490 fr., l'émolument, mis à la charge de l'intimé qui succombe, sera fixé à 1'000 fr.

E. 14

Le recours est donc admis.

A/773/2013 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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