

GE_GERICHTE ATAS/515/2009 vom 5. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_515_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/515/2009 du 5 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/515/2009 del 5 maggio 2009

Erwägungen

E. 7

En l'espèce, l'OCAI a supprimé la rente entière de l'assuré dès le 1er avril 2008, considérant que celui-ci avait de manière inexcusable violé son devoir de collaborer dans le cadre de la procédure de révision initiée en juin 2007.

A/4594/2008 - 12/19 -

Lors d'un entretien téléphonique du 7 novembre 2007, l'OCAI a sollicité de l'assuré qu'il lui communique sa nouvelle adresse et les coordonnées de son nouveau médecin traitant. Lors d'un entretien subséquent du 7 janvier 2008, l'assuré a fourni à l'OCAI son adresse actuelle et l'OCAI a requis qu'il se rende chez un médecin et lui envoie ses coordonnées jusqu'au 20 janvier 2008. L'assuré n'ayant pas fait suite à sa requête, l'OCAI l'a, le 7 février 2008, sommé par écrit de lui faire parvenir les informations concernant son médecin traitant, en l'absence de quoi sa rente d'invalidité serait supprimée. Ce courrier a, cependant, été retourné à l'OCAI, l'assuré étant resté introuvable à l'adresse mentionnée. Il apparaît que l'OCAI a certes procédé, le 7 février 2008, à une mise en demeure écrite conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA, l'assuré ne lui ayant pas transmis les coordonnées de son médecin traitant. Toutefois, le courrier de l'OCAI ne comportait pas l'adresse exacte de l'assuré, soit le nom du locataire principal chez lequel il logeait, raison pour laquelle le courrier a été retourné à l'OCAI. Aussi ne peut-il pas être reproché à l'assuré, qui avait pourtant donné son adresse exacte à l'OCAI, de ne pas avoir donné suite à un courrier qu'il n'a jamais reçu. Il doit également être tenu compte du fait que l'assuré a, d'après ses médecins psychiatres, subi une rechute dépressive sévère et a repris régulièrement la consommation d'alcool en tous les cas dès la fin de l'année 2007. D'après le Dr H_____, chef de clinique aux HUG, son comportement fait du reste partie de son trouble. L'état de santé psychique de l'assuré ressortant du dossier conforte ainsi le Tribunal de céans dans le fait qu'il n'a pas violé de manière inexcusable son devoir de collaborer à l'instruction du dossier. Au demeurant, au lieu d'attendre de l'assuré qu'il se rende chez un médecin de son choix, l'OCAI aurait pu le convoquer à un examen SMR, afin de déterminer son état de santé. Une telle mesure d'instruction pouvait aisément être entreprise par l'OCAI, mais tel n'a pas été cas. Au vu de tout ce qui précède, l'OCAI ne pouvait se fonder sur une violation du devoir de collaboration de l'assuré à l'instruction du dossier pour supprimer sa rente d'invalidité.

E. 8

Reste à déterminer si l'OCAI pouvait supprimer la rente de l'assuré se fondant sur une amélioration notable de son état de santé. Afin de déterminer si les conditions de la révision sont remplies, son état de santé au moment de la décision litigieuse sera comparé à celui existant en date du 9 mars 2006.

E. 9

Selon l'art. 17 al. 1er LPGA, 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

A/4594/2008 - 13/19 - 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). 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

E. 10

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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

A/4594/2008 - 14/19 - l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour

la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 11

En juin 2002, l'assuré a sollicité l'octroi d'une rente d'invalidité, étant en totale incapacité de travail depuis le mois de mars 2001 et souffrant de troubles dépressifs. En janvier 2005, le Dr C _____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de trouble obsessionnel compulsif avec pensées, ruminations obsédantes au 1er plan (F42.0), de phobie sociale (F40.1) et de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent (F10.20), diagnostics présents depuis quelques années, et de traits de personnalité émotionnellement labile, de type borderline, présents depuis l'adolescence. Tous les diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait, d'après lui, une totale incapacité de travail depuis 2001 dans l'activité de nettoyeur ou d'employé dans le domaine de l'hôtellerie. Le Dr C _____ a également informé l'OCAI, en date du 14 octobre 2005, que les consultations avaient lieu toutes les deux à trois semaines, mais que l'assuré n'avait pas un suivi régulier, ne s'étant plus présenté à la Consultation de la Jonction depuis deux semaines. Un avis de recherche avait été envoyé aux autorités compétentes. Le médecin a considéré que l'assuré souffrait d'un état dépressif majeur sévère de longue date, qui ne répondait que partiellement au traitement médicamenteux et aux entretiens de soutien, et d'un trouble obsessionnel compulsif, présent depuis plusieurs années. Il préconisait un traitement plus intensif. Suite à ces rapports, le Dr B _____ a retenu, le 25 octobre 2005, qu'au vu des récurrences présentées par l'assuré, son état de santé nécessitait une stabilisation par traitement avant qu'une reprise de l'activité lucrative ne puisse être envisagée. C'est sur cette base que l'OCAI a, par décision du 9 mars 2006, alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2002 et qu'il avait requis, en date du 25 octobre 2005, qu'il suive un traitement psychothérapeutique susceptible d'améliorer sa capacité de travail.

A/4594/2008 - 15/19 -

E. 12

Dans le cadre de la procédure de révision, la Dresse F _____ a posé, le 3 juillet 2008, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F33.2), de trouble obsessionnel compulsif avec pensées, ruminations obsédantes au premier plan (F42.0), de phobie sociale (F40.1), de troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, avec utilisation actuelle de la substance (F10.24) et de traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline, tous ces diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail et existant depuis des années. Le médecin a considéré que l'assuré présentait une totale incapacité de travail depuis 2001 dans sa précédente activité et qu'une amélioration de la capacité de travail n'était pas attendue. Les limitations fonctionnelles concernaient son humeur triste, dépressive, ses angoisses fréquentes, ses difficultés dans les relations

interpersonnelles, son ralentissement psychomoteur modéré, ses troubles de la concentration, ses difficultés à organiser ses journées, ses idéations suicidaires et la présence d'idées récurrentes intrusives de nature obsédante avec thématique sexuelle et agressive. Ces limitations se manifestaient au travail par une aboulie, une anhédonie, une diminution importante du rendement et des conflits relationnels. Tant sa capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et sa résistance étaient limitées. Selon le médecin, la situation de l'assuré tendait vers une probable chronicité des épisodes dépressifs sévères entrecoupés de périodes de stabilité grâce à un suivi médical régulier, une compliance médicamenteuse et une abstinence à l'alcool. En outre, l'assuré a été hospitalisé au Département de psychiatrie des HUG pendant trois semaines entre juin et juillet 2008. Le Dr H _____ a notamment posé, en date du 13 octobre 2008, les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance, utilisation continue (F10.25, diagnostic principal) et de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de tabac, syndrome de dépendance, utilisation continue (F17.25), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), de perturbation de l'activité et de l'attention (F90.0), de syndrome de stress post-traumatique (PTSD - F43.1), de jeu pathologique (F63.0) et de personnalité dépendante (F60.7). Le médecin a relevé que l'assuré avait repris une consommation massive d'alcool depuis six mois, après une longue période d'abstinence et que son état dépressif s'était également aggravé avec l'apparition d'idées suicidaires. Depuis la prise en charge psychiatrique, l'assuré avait fait trois rechutes successives et ne s'était récemment plus rendu en consultation, de sorte qu'une hospitalisation à Belle-Idée avait été nécessaire. Le sevrage d'alcool s'était déroulé sans complication et son humeur s'était améliorée pendant son séjour. Le médecin a considéré que l'assuré était particulièrement fragile et qu'il semblait avoir développé une dépendance au jeu. Il a estimé qu'«il devrait être possible de soutenir Monsieur M _____ auprès de l'AI, dans la mesure où son comportement fait partie de son trouble et qu'il choisit de se prendre en charge ». Dès la fin de son hospitalisation, l'assuré

A/4594/2008 - 16/19 - devait être suivi à la consultation de la Jonction et débiter un suivi de son addiction à la Consultation des Acacias. Suite à ce rapport, le Dr B _____ du SMR a considéré que l'hospitalisation s'était bien passée et que l'éthylisme n'avait pas entraîné de conséquences importantes. Le fait que l'assuré n'avait pas eu de suivi psychiatrique pendant quelques années et qu'il avait travaillé pendant trois jours démontrait qu'il n'existait pas de trouble psychiatrique notable. Il a ainsi retenu que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, celui-ci ne souffrant d'aucune pathologie psychiatrique, de sorte qu'il n'existait aucune incapacité de travail. C'est au vu du rapport du Dr B _____ que l'OCAI a supprimé la rente entière de l'assuré dès le mois d'avril 2008.

E. 13

L'assuré soutient qu'il a certes été en rupture de traitement du printemps 2006 au mois d'avril 2008, mais que son trouble psychiatrique notable n'a pas disparu. Il produit à cet égard, dans le cadre de son recours, un courrier du Dr I _____.

E. 14

Il est vrai que d'après une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision

administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

E. 15

En l'espèce, cependant, le rapport du Dr I _____, établi après la décision litigieuse, porte en grande partie sur des faits survenus antérieurement à cette décision. Il doit, en tout état de cause, être pris en considération, les faits exposés étant étroitement liés à l'objet du litige. Il en ressort que l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent avec épisode dépressif sévère (F33.2), d'un état de stress post-traumatique (F43.1) ainsi que de troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool, utilisation épisodique (F10.26). Le médecin a remarqué que l'assuré avait interrompu son suivi entre 2006 et 2008, ce qui était très fréquent chez des patients ayant des troubles psychiques, mais que cela ne signifiait pas qu'il n'avait plus présenté de tels troubles durant cette période. Selon lui, l'état de santé psychique de l'assuré s'était même péjoré pendant cette période. Le médecin a souligné que la compliance était optimale. Au vu de ce rapport, il doit d'ores et déjà être constaté qu'il ne peut rien être tiré du fait que l'assuré ne s'est pas rendu chez un médecin pendant près de deux ans.

A/4594/2008 - 17/19 -

E. 16

En outre, à lecture du dossier, il apparaît certes que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré au milieu de l'année 2006 et pendant une période indéterminée, toutefois, il s'est à nouveau péjoré en tous les cas à la fin de l'année 2007. En effet, la Dresse F _____ a posé, au mois de juillet 2008, les mêmes diagnostics que le Dr C _____ au mois de janvier 2005, soit avant la décision initiale de l'OCAI, et a très clairement conclu que la capacité de travail de l'assuré était nulle et que le pronostic lié à la reprise d'une activité lucrative était sombre. Les limitations fonctionnelles de l'assuré ainsi que les constatations objectives et les plaintes de l'assuré ont également été exposées dans son rapport. Ainsi, même si la Dresse F _____ était le psychiatre traitant de l'assuré, son rapport complet revêt pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Quant au Dr H _____, il a fait état d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et d'une amélioration de l'état thymique de l'assuré après une hospitalisation de trois semaines, toutefois, il n'a pas établi dans quelle mesure les diagnostics retenus avaient une répercussion sur sa capacité de travail et n'a pas déterminé ses limitations fonctionnelles. Enfin, le Dr I _____ a réaffirmé le fait que l'assuré présentait un trouble dépressif récurrent avec épisode dépressif sévère et a soutenu que son état de santé s'était même détérioré depuis 2006. Il n'a pas non plus établi sa capacité de travail. Le Tribunal constate, au vu du rapport complet de la Dresse F _____, confirmé par les constatations du Dr I _____ et en partie par le Dr H _____, que l'état de santé de l'assuré n'a pas subi de modification notable depuis la première décision de l'OCAI en mars 2006. En effet, les nombreux diagnostics posés en 2008, identiques à ceux retenus en 2005, entraînent une totale incapacité de travail et aucune reprise de l'activité lucrative n'est envisagée. De plus, après plusieurs rechutes depuis le début du suivi psychiatrique de l'assuré en mai 2008 et suite à une rupture de traitement, une hospitalisation de trois semaines avait à nouveau été nécessaire,

hospitalisation suivie de prises en charge psychiatrique et addictologique obligatoires, conditions au retour de l'assuré chez lui. On ne comprend ainsi pas sur quelle base le Dr B _____ peut constater que l'assuré ne présente plus de pathologie psychiatrique, alors même que les médecins posent des diagnostics ayant des répercussions importantes sur la capacité de travail et que l'assuré a une nouvelle fois été hospitalisé. Comme l'indique du reste le Dr B _____, son état psychique peut fluctuer durant les périodes, soit notamment s'améliorer, raison pour laquelle il avait arrêté tout traitement au mois d'avril 2006. Toutefois, bien que ses troubles psychiques se sont amendés durant un certain temps, il apparaît clairement à lecture des rapports des Drs F _____ et H _____ qu'ils se sont en tous les cas gravement péjorés à la fin de l'année

A/4594/2008 - 18/19 - 2007, à tel point que tous les diagnostics présents en 2005 avaient à nouveau été retenus. La reprise d'une activité lucrative par l'assuré pendant une période très restreinte de trois jours ne saurait remettre en cause les conclusions médicales. Le Tribunal de céans constate qu'au degré de vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence, l'assuré n'est pas capable de travailler sur une période plus longue.

E. 17

Au vu de tout ce qui précède, les conditions de la révision ne sont pas remplies, l'état de santé de l'assuré n'ayant pas subi de modification notable entre mars 2006 et décembre 2008 et aucun motif de révision ne ressortant clairement du dossier.

E. 18

Reste à se prononcer sur une éventuelle reconsidération. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Au vu du dossier, rien ne permet de conclure que la décision rendue par l'OCAI en date du 9 mars 2006 était manifestement erronée, de sorte qu'une reconsidération ne saurait intervenir.

E. 19

Le recours de l'assuré sera dès lors admis et la décision de l'OCAI annulée. Le droit de l'assuré à une rente sera confirmé. Il appartiendra néanmoins à l'assuré de poursuivre de manière assidue son suivi psychiatrique et addictologique tant que faire se peut, ainsi que tout traitement pharmacologique prescrit par ses médecins. L'OCAI pourra quant à lui prévoir une révision de la rente dans un délai raisonnable.

A/4594/2008 - 19/19 -

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