

GE_GERICHTE ATAS/541/2015 vom 7. Juli 2015

GE Cour de justice, 2015-07-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_541_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/541/2015 du 7 juillet 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/541/2015 del 7 luglio 2015

Erwägungen

E. 1

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce ainsi que la recevabilité du recours ont déjà été jugées dans le cadre de l'ordonnance d'expertise du 23 juin 2014, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

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),

A/529/2014 - 10/17 - entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 20 janvier 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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

a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a ; ATF 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs,

A/529/2014 - 11/17 - l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c). b. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPG (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). L'octroi rétroactif d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doit s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 99/00 du 26 octobre 2000 consid. 1, in VSI 2001 p. 155). c. En l'espèce, il est rappelé à titre préalable que la décision litigieuse du 20 janvier 2014 accorde à la recourante, avec effet rétroactif, une rente entière du 1er octobre 2012 au 31 janvier 2013 et supprime simultanément cette prestation dès le 1er février 2013. La recourante requiert l'octroi d'une rente tenant compte d'une incapacité de travail de 50% dès le mois d'octobre 2011 et de 100% dès le mois de juillet 2013. Désormais, l'intimé reconnaît à la recourante un droit à une demi-rente d'invalidité du 1er octobre 2012 au 30 novembre 2013, puis à une rente entière dès le 1er décembre 2013, concluant ainsi à l'admission partielle du recours et à l'annulation de sa décision du 20 janvier 2014. Au regard de la décision attaquée et des conclusions des parties, l'objet du litige ne porte plus que sur la date du début du droit à la rente entière d'invalidité.

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).

A/529/2014 - 12/17 -

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. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. 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

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). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement

exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen),

A/529/2014 - 13/17 - l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

E. 8

En application de l'art. 17 LPGA, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

E. 9

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). 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 description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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

A/529/2014 - 14/17 - 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). 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). Enfin, on rappellera que 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. 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).

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 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. 11

En l'occurrence, il est rappelé que les parties s'accordent désormais sur le début de l'incapacité de travail de la recourante à 50%, fixé au 1er octobre 2011, tout comme sur le principe du droit à une rente entière non limitée dans le temps, en raison des diagnostics retenus, soit un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, une utilisation nocive pour la santé d'alcool et de cannabis, et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Reste donc à déterminer la date de l'aggravation de l'incapacité de travail fondant le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.

A/529/2014 - 15/17 -

E. 12

La chambre de céans constate que l'expertise judiciaire, dépourvue de contradiction, remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'expert a en effet étudié toutes les pièces du dossier, procédé à une anamnèse détaillée, décrit de manière circonstanciée les symptômes présentés par la recourante et les plaintes de cette dernière. Il a dûment motivé les diagnostics retenus, ainsi que ses conclusions relatives aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail. Son appréciation résulte d'une analyse complète de la situation médicale, objective et subjective, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. Les parties ne remettent d'ailleurs

pas en cause la valeur probante de ce document, à l'exception de la datation des périodes d'incapacité de travail. La recourante est en effet d'avis que le Dr I_____ a entendu se rallier à la détermination de sa psychiatre, de sorte que le début de l'incapacité totale de travail doit être avancé au 1er juillet 2013 en lieu et place du 1er septembre 2013. L'intimé considère en revanche que l'expert, en retenant que l'incapacité totale de travail remontait au mois de septembre 2013, s'est volontairement distancé de l'appréciation de la Dresse D_____, dès lors que son expertise fait également mention de l'incapacité de travail à 100% dès juillet 2013 attestée par cette psychiatre. Il sied de relever en premier lieu que l'attestation de la Dresse D_____ du 19 septembre 2013, laquelle mentionne effectivement que la recourante a été en incapacité totale de travail dès le 1er juillet 2013, est contradictoire et contraire à un autre rapport. Ainsi, elle signale une incapacité de travail depuis novembre 2011 tout en relatant que les premiers arrêts maladie ont été émis pour la période du 1er août au 31 décembre 2011. En outre, la psychiatre fait état d'une incapacité de travail totale entre août et décembre 2011, alors que dans son rapport reçu par l'intimé le 2 décembre 2011, elle ne mentionnait qu'une incapacité partielle (50%). Dans ces conditions, il semble évident que l'expert a considéré que les dates exactes étaient celles communiquées oralement, et non celles contenues dans une attestation manifestement erronée sur de nombreux points. En deuxième lieu, la chambre de céans relève que l'expert a clairement indiqué s'être conformé aux indications communiquées par la Dresse D_____. Il a en effet relevé: « Au début de sa prise en charge, la psychiatre traitante estimait qu'une capacité de 50% était possible. Dans le courant de l'été 2013 elle a noté une aggravation de l'instabilité émotionnelle avec pour conséquence une incapacité de travail totale à partir de septembre 2013. Au vu des constatations que nous avons faites lors de notre examen, nous sommes d'accord avec cette appréciation » (rapport d'expertise p. 15). De même, il a indiqué dans son courrier du 2 février 2014 : « Pour ce qui est du début de l'incapacité à 100%, j'ai repris le point de vue dont m'a fait part le Dr D_____ lors du contact téléphonique que j'ai eu avec elle le 06/11/2014. Elle m'a dit que l'état clinique ne s'était pas fondamentalement modifié depuis son précédent rapport d'octobre 2013. Il y avait même eu, disait-elle, une dégradation depuis septembre 2013 ».

A/529/2014 - 16/17 - Il apparaît dès lors manifeste que l'expert a adhéré au constat de la psychiatre traitant et qu'il a retenu les dates que celle-ci lui avait annoncées. Il est d'ailleurs rappelé que le Dr I_____ s'est également conformé aux indications de la psychiatre traitant concernant le début de l'incapacité partielle de travail, qu'il a fixé dans son rapport à novembre 2011 en suivant l'attestation erronée du 19 septembre 2013, alors qu'il s'agit en réalité du 1er octobre 2011.

E. 13

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport d'expertise judiciaire, à l'exception des datations des périodes d'incapacité de travail, lesquelles doivent être corrigées et fixées selon les dernières indications de la Dresse D_____. Selon son attestation du 19 février 2015, « après vérification en détail du dossier médical », l'incapacité de travail de la recourante a été de 50% depuis le 1er octobre 2011 et de 100% dès le 1er juillet 2013.

E. 14

Partant, il y a lieu de conclure que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à l'échéance du délai de carence d'une année, soit dès le 1er octobre 2012. En raison de

l'aggravation de l'état de santé de la recourante et de son incapacité totale de travail à compter du 1er juillet 2013, sa demi-rente doit être augmentée à une rente entière partir du 1er octobre 2013 (cf. art. 88a al. 2 RAI).

E. 15

Il convient donc de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il détermine le montant des rentes dues à la recourante et rende une nouvelle décision sujette à recours.

E. 16

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du

E. 20

janvier 2014 annulée. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/529/2014 - 17/17 - 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.