

GE_GERICHTE ATAS/652/2019 vom 9. Juli 2019

GE Cour de justice, 2019-07-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_652_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/652/2019 du 9 juillet 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/652/2019 del 9 luglio 2019

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), 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 trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité au-delà du 30 novembre 2016.

E. 4

a. À titre liminaire, il y a lieu de rappeler que 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 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 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

A/1627/2018 - 9/20 - l'article 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 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). b. 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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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). c. Selon l'art. 88a al. 1 RAI si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement

A/1627/2018 - 10/20 - n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Selon l'art. 88bis al. 2 du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI) la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : a. au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; b. rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). L'art. 16

LPGA prévoit que, 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.

E. 6

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 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

A/1627/2018 - 11/20 - cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci 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. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

E. 7

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. 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).

E. 8

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. 9

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

A/1627/2018 - 12/20 -

E. 10

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 LPG), 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. 11

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 12

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee). Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur

(ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

E. 13

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la

A/1627/2018 - 13/20 - fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport du SMR 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 LPG) 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).

E. 14

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou

d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une

A/1627/2018 - 14/20 - expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

E. 15

a. 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). b. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles 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'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 16

En l'espèce, il s'agit de savoir si l'on est en présence d'un motif de révision au

E. 17

Il s'agit préalablement de déterminer si ce rapport peut se voir reconnaître valeur probante, étant rappelé que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur.

E. 18

L'assurée reproche au médecin du SMR de ne l'avoir vu pour établir son rapport que trois heures environ, alors que, selon l'avis d'un « expert indépendant pratiquant à Genève, une telle expertise devrait prendre jusqu'à une année et demi de temps ». Elle en conclut que cette expertise ne pouvait avoir été réalisée correctement. La durée de l'entretien ne constitue pourtant pas le seul élément déterminant pour définir si l'expertise a valeur probante ou non. En effet, le travail de l'expert ne se limite pas à l'entretien, mais se poursuit ensuite par l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (ATF I 746/05 du 30 mai 2006, consid. 2.3 ; ATAS/1011/2011). Les spécialistes ne posent au demeurant aucune durée minimale pour un examen clinique dans le cadre d'une expertise psychiatrique (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in: Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905). Il y a quoi qu'il en soit lieu de distinguer le travail effectué par un expert, dont la mission est de répondre à un certain nombre de questions dans le cadre d'un litige plus particulièrement et à un moment déterminé, de celui mené par le médecin traitant chargé de traiter l'assuré sur une longue durée. Aussi la durée de l'entretien importe-t-elle peu pour déterminer la valeur probante d'un rapport médical, ce d'autant moins en l'espèce, du fait qu'une deuxième évaluation a été effectuée le 30 novembre 2016 au vu des déclarations de l'assurée et des rapports de la Dresse D_____ et du médecin traitant. Cela étant, la chambre de céans observe que le médecin du SMR a analysé de manière circonstanciée les données anamnestiques, qu'il a décrit le contexte

A/1627/2018 - 16/20 - médical avec précision. Il a en outre procédé à un examen approfondi de l'assurée, et l'a vue à deux reprises. Partant, rien ne s'opposerait de prime abord à ce que le rapport de ce médecin remplisse toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

E. 19

Le médecin du SMR a constaté que l'état de l'assurée n'avait pas nécessité d'hospitalisation dans un milieu psychiatrique, ni de suivi par un psychiatre avant le 30 janvier 2014, date à laquelle celle-ci avait consulté la Dresse D_____. L'assurée explique à cet égard que le médecin du SMR n'a ainsi pas tenu compte des croyances, des coutumes, des traditions, ainsi que de sa culture. Elle considère en effet qu'il aurait été honteux pour elle d'être hospitalisée dans un milieu psychiatrique ou d'avoir un suivi psychiatrique. Malgré le fait que son médecin traitant avait beaucoup insisté pour un tel traitement, elle ne l'avait pas accepté par la crainte d'être stigmatisée ou d'être jugée par son entourage. On pourrait, au vu de ces précisions, admettre que ce n'est pas parce que son état ne lui paraissait pas suffisamment préoccupant que l'assurée n'avait pas souhaité consulter un psychiatre avant le 30 janvier 2014. Il y a quoi qu'il en soit lieu de rappeler que le médecin du SMR a reconnu une incapacité de travail à compter du 9 octobre 2013 déjà, quand bien même l'assurée n'a vu la Dresse D_____ pour la première fois que le 30 janvier 2014.

E. 20

Au fond, le médecin du SMR a constaté, à l'examen clinique du 17 août 2016, que l'assurée ne souffrait ni de dépression, ni d'aucune autre atteinte psychiatrique incapacitante, et à celui du 30 novembre 2016, que le status psychiatrique était superposable à celui du 17 août 2016, de sorte que l'état de l'assurée pouvait être considéré comme stabilisé. Aussi a-t-il conclu que la capacité de travail était de 100%, tant dans l'activité habituelle que dans une

activité adaptée, depuis le jour de son premier examen, soit le 17 août 2016. S'agissant de la période antérieure à cette date, il a considéré qu'il ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour confirmer l'incapacité de travail attestée par le médecin traitant et a suggéré à l'OAI d'admettre, dans ces conditions, un taux de 100% du 9 octobre 2013 jusqu'à juin 2016.

E. 21

a. L'assurée conteste les conclusions du médecin du SMR, selon lesquelles son état de santé se serait amélioré dès le 17 août 2016. Elle fait valoir, d'une part, que la Dresse C_____ a au contraire confirmé, le 28 août 2017, que son état de santé, tant sur le plan psychique que physique, ne lui permettait pas de travailler et, d'autre part, que la Dresse D_____ a rappelé, le 4 septembre 2017, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, trouble panique, phobies spécifiques, difficultés dans les rapports avec l'époux, hypercholestérolémie et migraines depuis.

A/1627/2018 - 17/20 - b. Dans son rapport des 17 août et 30 novembre 2016, le médecin du SMR s'est déterminé sur le diagnostic d'état anxio-dépressif aigu avec attaques de panique plus particulièrement posé par la Dresse D_____ dans son rapport du 24 avril 2014, considérant quant à lui qu'il s'agissait d'un épisode moyen avec syndrome somatique en rémission complète. Il explique en effet n'avoir pas pu mettre en évidence de symptômes de la lignée dépressive en faveur d'un diagnostic de dépression majeure. Il précise avoir écarté le diagnostic de trouble dépressif récurrent, au motif que les critères cliniques de la CIM-10 n'étaient pas réunis. Il rappelle que, selon la CIM-10, le trouble dépressif récurrent est caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un épisode dépressif léger, moyen, ou sévère en l'absence de tout antécédent, d'épisodes indépendants, d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'activité répondant aux critères d'une manie. Selon les informations anamnestiques fournies par l'assurée et également les incapacités de travail à 100% attestées par les médecins traitants, l'état de celle-ci est stationnaire, sans amélioration significative depuis 2013. Or, selon la CIM-10, entre les épisodes, le sujet ne présente habituellement aucun symptôme dépressif, ce qui n'est pas le cas de l'assurée. Le médecin du SMR en a conclu que « l'épisode dépressif sévère (codé comme un épisode dépressif moyen), diagnostic anamnestique objectivé par la Dresse D_____, est en rémission complète » et ne justifie plus une diminution de la capacité de travail. Il y a toutefois lieu de constater que selon ce même médecin, « l'assurée présente des périodes où elle se sent un peu mieux, mais la plupart du temps, elle se décrit comme fatiguée et déprimée, tout lui coûte et rien ne lui est agréable. Elle rumine et se plaint, dort mal et perd confiance en elle-même », note que l'assurée ne présente pas spontanément de plaintes somatiques, mais souligne que l'assurée pleure sur son sort et se positionne dans un rôle de victime, et relève enfin que l'assurée ne souffre pas de fatigue, mais se plaint que tout la fatigue (les repas, le ménage, ...). Force est de s'étonner que ces constatations puissent néanmoins conduire le médecin du SMR à conclure à une rémission, sans même qu'elles les commentent. Ce qui précède suffit à faire douter sérieusement des conclusions du médecin du SMR et, partant, de leur valeur probante. On ne saurait dans ces conditions affirmer qu'il y a eu amélioration de l'état de santé dès août 2016. La Dresse D_____ ne se détermine certes pas expressément sur la rémission invoquée par le médecin du SMR, mais affirme que l'état psychique de l'assurée est « sans changement significatif ». Elle fait même état de la survenance d'une aggravation. c. Selon la Dresse D_____, « étant sans emploi depuis son licenciement, le 29 novembre 2011, l'assurée a

progressivement perdu ses aptitudes et ses capacités professionnelles. Elle est actuellement dans une régression et n'arrive plus à assumer même les tâches de la vie quotidienne. Elle présente des difficultés à prendre des initiatives et des décisions. Elle se sent incapable de faire une

A/1627/2018 - 18/20 - formation, ni une réinsertion professionnelle en disant qu'elle n'a plus la capacité de retenir les informations et qu'elle oublie beaucoup. Elle présente surtout des troubles de la mémoire antérograde. Son état psychique ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle aujourd'hui encore avec le même pourcentage d'incapacité qu'elle présentait depuis le 30 janvier 2014, à savoir 100% d'incapacité de travail ». L'OAI considère que la Dresse D_____ fait ainsi une appréciation différente de la capacité de travail sur la base d'un même état de fait. Or, il apparaît au contraire que ce sont plutôt les conclusions du médecin du SMR qui constituent une nouvelle appréciation de la capacité de travail résiduelle, alors que l'état de fait est resté inchangé. En effet, la description que donne le médecin du SMR de l'état de l'assurée correspond plus ou moins à celui figurant dans les rapports établis en 2014. Selon la Dresse D_____, « son état psychique ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle aujourd'hui encore avec le même pourcentage d'incapacité qu'elle présentait depuis le 30 janvier 2014, à savoir 100% d'incapacité de travail ». Il convient à cet égard de rappeler que seul un 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, et que tel n'est pas le cas d'une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé. d. Au surplus, l'assurée se plaint d'avoir été traitée par celui-ci de « pleurnicheuse » et ne comprend pas que celui-ci ait considéré les membres de sa famille comme des proches aidants ou des babysitters bénévoles et permanents. Selon le médecin du SMR en effet, l'assurée ne s'occupe plus de son ménage, n'a pas envie de préparer les repas, ne sort pas seule, les courses étant assumées par son mari seul ou par sa sœur, sa vie sociale est pauvre, elle ne voit que les membres de sa famille qui la soutiennent et ne part plus en vacances en raison de son état de santé. Il en a conclu que le réseau familial et amical procurait à l'assurée des ressources mobilisables indéniables. Il est vrai qu'il existe dans l'assurance-invalidité - ainsi que dans les autres assurances sociales - un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.2). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation de solliciter l'aide des membres de la famille. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui

A/1627/2018 - 19/20 - encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. Cela ne signifie toutefois pas qu'au titre de l'obligation de diminuer le dommage, l'accomplissement des activités ménagères selon chaque fonction particulière ou dans leur ensemble soit répercuté sur les autres membres de la famille, avec la conséquence qu'il

faillie se demander pour chaque empêchement constaté s'il y a un proche qui pourrait le cas échéant entrer en ligne de compte pour exécuter en remplacement la fonction partielle correspondante (ATF 133 V 504 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_785/2014). C'est en application de ce principe que le médecin du SMR a tenu compte de l'aide apportée par la sœur ou le mari pour les tâches ménagères et les courses. Dans le cas où le statut du demandeur AI est celui d'une ménagère ou d'une ménagère mixte, une enquête à domicile est menée pour déterminer ce que peut encore assumer le demandeur, et on tient du reste compte dans ce cadre de l'aide des proches. Cette aide ne peut toutefois dépasser 20-30%. Or, il résulte des constatations du médecin du SMR que l'assurée ne fait en réalité plus rien. Celui-ci ne pouvait sérieusement considérer que, parce que la famille de celle-ci lui apporte toute l'aide dont elle a besoin, la capacité de travail de l'assurée soit pleine et entière. e. On ne saurait ainsi admettre que les conclusions du médecin du SMR puissent motiver valablement une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Aussi le recours est-il admis, en ce sens que l'assurée a droit au maintien de la rente entière d'invalidité au-delà du 30 novembre 2016.

A/1627/2018 - 20/20 - 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.