

GE_GERICHTE ATAS/673/2012 vom 16. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_673_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/673/2012 du 16 mai 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/673/2012 del 16 maggio 2012

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

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). En particulier, les dispositions de la nouvelle du 12 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), et celles de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont régies par ce principe. D'autre part, le juge des assurances sociales doit, en règle générale, apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées). En l'occurrence, les dispositions des 4ème et 5ème révision de la LAI sont applicables dans la mesure de leur pertinence.

E. 3

L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé est en droit de supprimer la rente entière d'invalidité du recourant durant la période du 1er janvier 2007 au 28 février 2008.

A/3012/2011 - 7/12 -

E. 4

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références). 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 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement 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 régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a en revanche 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs MULLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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.

E. 5

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

A/3012/2011 - 8/12 - objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 citées).

E. 7

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let c. LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à

disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c). c) Au sujet des 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 ; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67; ATFA non publié I 39/03 consid. 3.2). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a

A/3012/2011 - 9/12 - pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). d) Lorsque, 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'investigation 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 252 consid 3b/bb).

E. 8

En l'espèce, l'intimé a mandaté la Dresse G _____ aux fins de réaliser une nouvelle expertise psychiatrique du recourant. Dans son rapport du 14 octobre 2009, l'expert retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, ainsi que de troubles mixtes de la personnalité, présents depuis que le recourant

est jeune adulte. Ces troubles psychiques entraînent des limitations qualitatives et quantitatives, soit un ralentissement psychomoteur, un abaissement de la thymie, une diminution de l'énergie vitale et de la confiance en soi, une difficulté à se fixer sur une tâche et à se concentrer, un vécu par moments persécutoire, une tendance à l'évitement et à l'«obsessionnalité». La Cour de céans relève que ces diagnostics ont été posés par tous les spécialistes en psychiatrie ayant examiné le recourant. En revanche, l'expert, à l'instar des Drs E_____ et F_____ des HUG, ne retient pas le diagnostic de trouble bipolaire évoqué par le Dr D_____ dans son rapport du 5 juin 2008, dès lors que dans l'anamnèse, l'on ne retrouve pas d'épisode hypomane ou maniaque. La Dresse G_____ ne retient pas non plus au moment de son expertise le diagnostic d'anxiété généralisée car le recourant ne présente pas de symptômes neurovégétatifs, ni d'anxiété en permanence, mais elle a noté que le seuil anxiogène était abaissé. S'agissant de la répercussion des troubles psychiatriques constatés sur la capacité de travail, si l'incapacité de travail totale depuis le mois de janvier 2004 est unanimement admise par les spécialistes, les avis de l'expert et des médecins

A/3012/2011 - 10/12 - traitants divergent s'agissant de la période courant de septembre 2006 à mars 2008. En effet, pour les médecins traitants (Drs B_____ et D_____), l'incapacité de travail totale a perduré durant cette période, alors que pour l'expert, le recourant a récupéré une capacité de travail totale depuis septembre 2006. La Dresse G_____ explique sa conclusion par la rémission de l'état dépressif entre septembre 2006 à février 2008, la faible médication dispensée durant cette période et l'amélioration constatée en février 2007 par l'expert précédent, le Dr C_____. Dans son rapport d'expertise du 6 février 2007, le Dr C_____ relevait en effet que le recourant a déclaré avoir noté une amélioration de son état de santé depuis six mois, avec la diminution des ruminations, l'acquisition d'une meilleure confiance en lui et la diminution de la tristesse. Il a ainsi posé le diagnostic de dysthymie ; quant au diagnostic de trouble mixte de la personnalité, le Dr C_____ a expliqué qu'il n'est pas incapacitant en tant que tel, mais qu'il s'est décompensé sur un mode dépressif et anxieux à partir de 2003 et ensuite de manière continue à partir du 1er janvier 2004. Au vu de l'amélioration de l'état dépressif, admise par le recourant lui-même, la Dresse G_____ considère qu'il a récupéré une capacité de travail de 100 % depuis début septembre 2006. En revanche, suite à une rechute en mars 2008, l'incapacité de travail est à nouveau totale.

La Cour de céans constate que le rapport d'expertise de la Dresse G_____ comporte une anamnèse complète et détaillée, que les plaintes sont prises en compte, que le status clinique est minutieusement décrit et l'appréciation du cas explicitée. L'expert se prononce sur l'amélioration de l'état de santé en se fondant sur l'ensemble des documents médicaux figurant au dossier et explique en particulier quels sont les éléments objectifs qui l'amènent à conclure à une récupération de la capacité de travail durant la période considérée. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Rien ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expertise, qui revêt pleine valeur probante. Le recourant ne fait état d'aucun élément qui aurait été ignoré par l'expert. Par ailleurs, le psychiatre traitant, le Dr D_____, confirme dans son rapport du 4 décembre 2007 la faible médication dispensée à l'époque (Efexor 37,5 mg/jour et Tranxilium 10 mg/jour) dans un but palliatif et non curatif, tout en indiquant que c'est plutôt le trouble de la personnalité qui handicape le recourant. L'amélioration de l'état dépressif s'est poursuivie durant l'année 2007, puisqu'il a abouti à un arrêt du traitement antidépresseur à fin 2007, ainsi que les HUG l'indiquent

dans leur rapport du 16 octobre 2008. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité fin décembre 2006 en application de l'art 88a RAI, dès lors que l'amélioration constatée a duré trois mois consécutifs sans interruption notable, et revalidé la rente entière depuis le 1er mars 2008 en raison de la rechute dépressive bien documentée.

A/3012/2011 - 11/12 -

E. 9

Au vu de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté.

E. 10

Selon l'art. 61 LPGA, la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite pour les parties (let. a). L'art. 69 al. 1bis LAI (en vigueur depuis le 1er juillet 2006) déroge cependant à cette disposition dans la mesure où il soumet à des frais judiciaires les procédures portant sur des contestations relatives à l'octroi ou au refus de prestations de l'assurance-invalidité. Les frais judiciaires sont généralement mis à la charge de la partie qui succombe, quel que soit le rôle (recourant ou intimé) joué dans la procédure (arrêt du Tribunal fédéral 8C_40/2009 du 13 mars 2009 consid. 3.1 et la référence). En l'occurrence, au vu de l'issue du litige, l'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge du recourant.

A/3012/2011 - 12/12 - 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.