

## **GE\_GERICHTE ATAS/689/2013 vom 28. Juni 2013**

GE Cour de justice, 2013-06-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_689\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_689_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/689/2013 du 28 juin 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/689/2013 del 28 giugno 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

#### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés

A/801/2009 - 10/15 - par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

#### **E. 3**

Le litige porte sur la question de savoir si, au moment de la décision litigieuse du 4 février 2009, l'état de santé de l'assurée s'était amélioré par rapport au 2 juin 2004, date à laquelle l'intimé avait décidé de continuer à lui verser une rente entière et ce, au point de conduire à la suppression de ladite rente.

#### **E. 4**

Selon l'art. 17 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. 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 343 consid. 3.5 et les références).

#### **E. 5**

Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA). 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

#### **E. 6**

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont

A/801/2009 - 11/15 - raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative : art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances : art. 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). 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'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. 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 352 consid. 3b/aa et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a encore précisé qu'en ce qui concerne les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assuré, il y a lieu de 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). 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,

A/801/2009 - 12/15 - 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 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. ch. 2 et les références).

## **E. 7**

Dans son arrêt du 30 novembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a constaté, à l'instar du Tribunal fédéral, qu'en 1993, la rente allouée à l'assurée l'avait été en raison, principalement, de l'évitement agoraphobique dont le Dr F\_\_\_\_\_ avait souligné qu'il constituait un obstacle à la reprise d'une activité et que le Dr D\_\_\_\_\_ qualifiait de syndrome d'hyperventilation favorisé par un terrain anxieux. En 1994, le Dr G\_\_\_\_\_, expert, avait confirmé une totale incapacité de travail justifiée principalement par des atteintes psychiques. De même, en juin 2004, c'est pour des raisons essentiellement psychiques que l'intimé a continué à servir une rente d'invalidité à l'assurée. Il convient de comparer la situation telle qu'elle se présentait en juin 2004 à celle qui prévalait au moment de la décision litigieuse, soit le 4 février 2009. Sur le plan psychique, le Tribunal cantonal a déjà indiqué reconnaître au rapport du Dr O\_\_\_\_\_ une pleine valeur probante car il se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a été établi en

pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Qui plus est, ses conclusions en faveur d'une

A/801/2009 - 13/15 - amélioration de l'état psychique de l'assurée depuis février 2008, ont été corroborées par celles du Dr M \_\_\_\_\_, qui n'a mis de son côté en évidence qu'un état dépressif léger, des traits névrotiques et des difficultés d'adaptation et qui a précisé que la symptomatologie dépressive s'était améliorée au mois de janvier 2008. Ni l'un ni l'autre de ces deux médecins n'a plus relevé de trouble agoraphobique. Enfin, les experts dernièrement mandatés par la Cour de céans n'ont pas trouvé d'éléments infirmant l'amélioration constatée début 2008. Ils ont en revanche indiqué qu'une décompensation a eu lieu par la suite, dont on relèvera cependant qu'elle est postérieure à la décision litigieuse et donc non pertinente pour apprécier le bien-fondé de celle-ci. Au vu de ces considérations, il se confirme que, sur le plan psychique, l'état de l'assurée s'est incontestablement amélioré entre juin 2004 et février 2009, date de la décision litigieuse, au point qu'elle a recouvré une pleine capacité de travail dans l'activité précédemment exercée ou une autre, adaptée à ses limitations physiques. Sur le plan somatique, le Tribunal fédéral a considéré que l'avis du Dr N \_\_\_\_\_ - qui a estimé que les troubles somatiques n'entraînaient pas de diminution de la capacité de travail - n'était pas suffisant, dans la mesure où ce médecin n'avait investigué que la question de l'éventuelle incidence des affections rénales alléguées, à l'exclusion des autres troubles somatiques évoqués par le Dr H \_\_\_\_\_ (asthme bronchique, névralgies cervico-brachiales, fracture de l'apophyse épineuse, troubles de la sensibilité périphérique des membres supérieur et inférieur gauches). Ces questions ont été investiguées de manière détaillée par les experts de la Policlinique de Lausanne. Sur le plan rhumatologique, les experts ont retenu le diagnostic de polyarthralgies chroniques d'étiologie indéterminée. Sur le plan pneumologique, ils ont retenus ceux de probable asthme bronchique et probable hyperventilation psychogène. Les experts ont cependant indiqué que l'asthme ne devrait en principe pas diminuer la capacité de travail. L'expert pneumologue a précisé que la présence de fonctions pulmonaires normales et d'un CT-scan thoracique sans lésion parenchymateuse ne suggérait pas une maladie respiratoire responsable d'une limitation à l'effort, à moins qu'il n'y ait hypertension pulmonaire, ce qui n'a pas été démontré. Quant à la neuropsychologue, elle a conclu à l'absence d'aphasie, d'apraxie, d'agnosie, de syndrome mnésique ou de syndrome dysexécutif. Dans tous ces champs, les performances étaient limitées à modérément déficitaires chez une patiente chez laquelle elle n'a pu exclure des difficultés d'ordre motivationnel

A/801/2009 - 14/15 - face à l'examen. L'intensité des plaintes paraissait peu congruente avec l'absence de plaintes portant sur la vie quotidienne. En définitive, sur le plan physique, les experts ont conclu que la recourante ne rencontre pas de limitations fonctionnelles importantes, même si, depuis le début de l'année 2010 au moins, les douleurs inflammatoires ont interféré avec une activité professionnelle, qu'elle soit physique ou sédentaire, nécessitant l'utilisation répétée des mains. Là encore, force est de constater que la dégradation de l'état de santé de la recourante est postérieure à la décision litigieuse de février 2009. Eu égard aux considérations qui précèdent et aux investigations menées, il apparaît donc que la décision litigieuse doit se voir confirmer en tant qu'elle reconnaît la recourante apte à exercer une activité à plein temps à compter de février 2008 et supprime son droit à la rente. Le recours est donc rejeté. Néanmoins, il convient de considérer les écritures développées par la recourante au cours de la procédure devant la Cour de céans valent nouvelle demande de prestation, qu'il reviendra à l'intimé d'instruire si besoin est

avant de rendre une décision. A cet égard, elle pourra mettre à profit les informations recueillies dans le cadre de l'expertise judiciaire.

A/801/2009 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant Au fond :

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