

GE_GERICHTE ATAS/795/2017 vom 14. September 2017

GE Cour de justice, 2017-09-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_795_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/795/2017 du 14 septembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/795/2017 del 14 settembre 2017

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) 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 délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).

E. 3

Est litigieuse en l'occurrence le degré d'invalidité de la recourante entre juin 2012 et mai 2016.

E. 4

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. Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif -, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C_134/2015 consid. 4.1 et les références).

E. 5

a. 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. b. 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. c. 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. 28 al. 2 LAI).

A/2501/2017 - 10/16 -

E. 6

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). 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 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 351 consid. 3). c. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en

A/2501/2017 - 11/16 - collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). d. 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. 7

a, En l'occurrence, l'intimé considère que l'état de santé de la recourante s'est amélioré en décembre 2011, sur la base d'un examen psychiatrique par le Dr E_____. Ce médecin a examiné une première fois la recourante le 30 mars 2011 et a alors retenu un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et un état de stress post-traumatique. Compte tenu du risque non négligeable d'une évolution négative, sur le plan somatique et psychique, il juge nécessaire de la réévaluer dans un délai de trois à six mois. Lors de ce premier examen, il relève dans les plaintes subjectives des douleurs chroniques et handicapantes au niveau de la cheville droite, une humeur fluctuante entre haut et bas, avec des moments d'abattement et de vision particulièrement négative de son avenir, le sentiment d'être handicapée et que ce status soit définitif, un sommeil perturbé par de fréquents cauchemars avec bruits de freinage ou de la collision même, de craintes lors de la conduite de la voiture et l'impossibilité de conduire sur une autoroute, un manque d'énergie, une motivation diminuée, une fatigabilité accrue, une diminution de la résistance au stress et une inquiétude constante pour les proches. Sur le plan de la symptomatologie anxieuse, on trouve une symptomatologie intrusive, d'hyperactivité neurovégétative et d'évitements phobiques. À cela s'ajoutent des ruminations envahissantes. La symptomatologie anxieuse a une intensité mesurée entre moyenne et sévère, plus intense que la symptomatologie dépressive. Lors de l'examen psychiatrique du 7 décembre 2011, le Dr E_____ mentionne, concernant les plaintes subjectives de l'assurée, que celle-ci relève que la situation s'est améliorée sur le plan somatique, notamment au niveau des douleurs qui sont devenues moins intenses, moins régulières et qui surviennent surtout en situation d'efforts. Sur le plan psychique, elle reste particulièrement angoissée, surtout concernant son avenir sur le plan financier et professionnel, dès lors que l'on lui a expliqué que son handicap est devenu définitif et qu'elle ne pourrait poursuivre dans son emploi d'aide-soignante. Sur interrogation, elle fait état d'une humeur fluctuante, d'une vision négative de l'avenir, d'un manque d'énergie et de plaisir dans l'existence avec une mise en route difficile le matin, de capacités d'adaptation

A/2501/2017 - 12/16 - diminuées, le moindre stress la déstabilisant, et d'une hypersensibilité. Elle a toutefois pu reprendre la conduite et repasser sur le lieu de l'accident. Elle revoit encore régulièrement le déroulement de celui-ci, mais avec une moindre réactivité émotionnelle. À l'examen sommaire, l'expert ne constate pas de troubles cognitifs, notamment pas d'atteinte de la mémoire ou de la concentration objectivée. La recourante relève cependant qu'elle doit tout noter, car elle a tout le temps des oublis et également des problèmes à avoir une concentration durable dans le temps. À l'examen clinique, son discours est bien ancré dans la réalité, sans ralentissement. Sur le plan de

l'humeur, il n'y a pas de symptomatologie dépressive stablement installée ni d'idéations suicidaires actuellement. En ce qui concerne la symptomatologie anxieuse, il persiste un état de stress post-traumatique désormais chronique dont l'intensité est légère et reste relativement peu handicapant au quotidien. Même si certaines situations en lien avec l'accident restent source d'anxiété, elles peuvent être en partie maîtrisées et ne sont plus source d'évitements majeurs comme auparavant. L'anxiété est plus marquée en lien avec l'incertitude concernant l'avenir, en raison de son âge et du fait qu'elle ne pourrait plus exercer son métier d'aide-soignante. Il serait souhaitable que les choses avancent dans ce domaine avec une clarification si elle peut bénéficier ou non d'une réadaptation sur le plan professionnel. Sur la base de cet examen, le Dr E_____ considère que la capacité de travail est de l'ordre de 50 % au maximum sur le plan psychique et qu'il est réaliste d'envisager une possibilité de reprise à temps plein durant le premier trimestre de l'année 2012, si l'évolution constatée le jour de l'examen se confirme. b. Il convient de relever qu'avant l'examen par le Dr E_____, la recourante a fait l'objet d'une évaluation neuropsychologique en date des 26 juillet et 31 octobre 2011 par les Drs G_____, H_____ et le neuropsychologue stagiaire I_____ aux HUG. Cet examen met en évidence des performances globalement dans les normes et un léger ralentissement dans les tâches sous contrainte temporelle (attentionnelle et exécutive) et un niveau élevé d'anxiété et dans une moindre mesure de dépression. Le 1er décembre 2012, l'assurée a été soumise à une nouvelle évaluation neuropsychologique par Mme K_____, laquelle constate une anomie, une faiblesse de l'encodage et un trouble de la reconnaissance visuelle en mémoire épisodique, sans déficit de stockage en mémoire à long terme, une faiblesse de la mémoire de travail auditivo-verbale et un ralentissement de la vitesse de traitement. Il est fait état dans ce rapport d'une évaluation neuropsychologique en juillet 2012, dans laquelle sont retenues des difficultés globalement stables par rapport au dernier bilan sur le plan de l'attention de la mémoire épisodique, ces dernières présentant une nette dissociation entre le rappel libre et le rappel indicé et étant évocatrices des difficultés dans les stratégies de récupération plutôt que d'encodage. Ces difficultés apparaissent toujours être le produit d'interactions complexes entre le parcours de vie de la patiente, son état émotionnel actuel, ses troubles du sommeil, la précarité de son statut financier, le manque de soutien

A/2501/2017 - 13/16 - social, l'image de soi dévalorisée et des méta-croyances cognitives négatives. Ces facteurs peuvent avoir un effet délétère sur le fonctionnement cognitif, voire avoir une incidence sur le plan des structures cérébrales. Lors de l'entretien avec Mme K_____ en date du 1er décembre 2012, la recourante manifeste des éléments dépressifs (pleures) à l'évocation de l'accident et explique qu'elle a cru mourir, que l'accident l'a brisée. Elle est considérablement gênée par les douleurs de la cheville qui entravent de nombreux actes de la vie quotidienne, elle a perdu son travail et n'a désormais quasiment plus d'activité, même sociale. Elle se plaint également de défaillances mnésiques et de difficultés pour restituer les noms propres. Dans l'analyse comparative avec les précédentes évaluations neuropsychologiques, Mme K_____ note que des difficultés de dénominations d'images ont été relevées en 2011 et que le ralentissement est plus marqué en 2012. Quant au profil mnésique, il ne s'avère pas totalement similaire, dès lors que l'on n'observe pas de déficit de récupération en mémoire épisodique. Il y a une tendance pour une accentuation de la lenteur idéomotrice et l'observation d'une perturbation de la reconnaissance visuelle, mais pas d'autres déficits surajoutés. Il est également mentionné dans cette évaluation que les manifestations anxio-dépressives, majeures et envahissantes, sont en faveur d'un stress post-traumatique et que la compilation de l'ensemble des données amnésiques témoigne de

l'installation, voire de l'accentuation des éléments anxio-dépressifs. c. Ce dernier bilan neuropsychologique ne permet pas de constater une amélioration ni sur le plan cognitif ni au niveau anxio-dépressif. Au contraire, il fait état d'une accentuation des éléments anxio-dépressifs, de la lenteur idéomotrice et de l'observation d'une perturbation de la reconnaissance visuelle. Par ailleurs, il convient de relever que la recourante a qualifié, lors de son examen par le Dr E_____, son humeur de fluctuante, ce qui peut expliquer qu'au moment de l'examen en décembre 2011, elle ait semblé moins dépressive. Cela n'exclut cependant pas qu'elle se sente abattue à d'autres moments. Par ailleurs, au niveau de l'anxiété, il y avait certes une amélioration en ce qui concerne les problèmes en lien avec l'accident. Dans l'ensemble, le niveau d'anxiété reste cependant élevé, comme cela ressort du dernier examen du Dr E_____. Il est à relever également que ce médecin n'a pas refait les tests pour mesurer l'intensité ressentie de la dépression et de la symptomatologie anxieuse lors du second examen. Enfin, le Dr E_____ n'a pas tenu compte des bilans neuropsychologiques et ne semble pas non plus avoir eu connaissance de celui effectué à la Consultation de la mémoire aux HUG en juillet et octobre 2011. Or, le stage d'orientation professionnelle aux EPI démontre que la cause de l'incapacité de travail réside essentiellement dans les troubles cognitifs et non pas dans les troubles psychiques. Ainsi, même si ceux-ci devaient s'être améliorés, l'incapacité de travail demeure, tant que les troubles cognitifs persistent, ce qui est encore établi par le bilan

A/2501/2017 - 14/16 - neuropsychologique de Mme K_____ un an après le second examen par le Dr E_____. C'est la raison pour laquelle la Chambre de céans ne juge pas convainquant le rapport du 14 décembre 2011 du Dr E_____, en ce qu'il considère que l'état de santé au niveau psychique et cognitif s'est durablement amélioré au point de permettre à la recourante de travailler dans une activité adaptée à 50 %. d. Le stage d'orientation aux EPI a par ailleurs révélé que ce sont essentiellement les troubles cognitifs de la recourante qui constituent un obstacle à la reprise d'une activité professionnelle, dès lors que les problèmes mémoriels et de concentration sont majeurs. Les difficultés mnésiques impactent aussi de façon récurrente le maintien d'une chronologie d'opération, de processus, de mise en place de structure de travail, ainsi que l'autonomie. Certes il n'est pas démontré que les troubles cognitifs mis en évidence lors du stage d'orientation avaient la même intensité entre 2012 et 2016. Toutefois, en l'absence d'une amélioration notable ressortant des examens médicaux, notamment au niveau cognitif, il y a lieu de considérer que les troubles cognitifs sont restés les mêmes ou, du moins, il y a lieu d'admettre que, selon le cours normal des choses, ils se sont détériorés progressivement et non pas brusquement. Cela étant, il ne peut être considéré sur le plan psychiatrique que l'état de santé de la recourante se soit amélioré fin 2011. e. À cela s'ajoute que, selon la SUVA, l'état ne s'est stabilisé que lors de l'examen médical final du 21 septembre 2015, à savoir après l'AMO du 9 juillet 2015. Compte tenu des traitements en cours, il est peu probable qu'un employeur aurait accepté dans cette situation d'engager la recourante auparavant. Il est à cet égard à relever que ces traitements ont empêché la mise sur pied d'un stage de réorientation professionnelle en printemps 2013, comme l'a mentionné l'OAI dans sa note du 17 février 2014. f. Enfin, selon la jurisprudence, avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des

mesures de réadaptation au sens de la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une

A/2501/2017 - 15/16 - personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. En l'occurrence, la recourante avait 57 ans en 2011 et devait de surcroît changer de profession. En application de la jurisprudence précitée par analogie, l'intimé aurait donc dû mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle avant de réduire la rente, afin de vérifier que sa capacité de travail médico- théorique était exploitable sur le marché du travail. Or, il s'est finalement avéré que tel n'était pas le cas. g. Au vu de ces considérations, il sied de constater que l'intimé a à tort diminué la rente à partir de juin 2012, l'incapacité de travail étant restée totale.

E. 8

Partant, le recours sera admis, la décision annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter de juillet 2010, soit six mois après le dépôt de sa demande en janvier 2010 (art. 29 al. 1 LAI).

E. 9

La recourante obtenant entièrement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui est octroyée à titre de dépens.

E. 10

Un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de l'intimé qui succombe.

A/2501/2017 - 16/16 - 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.