

GE_GERICHTE ATAS/825/2011 vom 6. September 2011

GE Cour de justice, 2011-09-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_825_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/825/2011 du 6 septembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/825/2011 del 6 settembre 2011

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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). Les trois décisions litigieuses datent des 17 avril, 14 septembre et 8 octobre 2009 et portent sur les prestations dues dès le 1er janvier 2008, soit après l'entrée en vigueur de la LPGA et l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision) et, le 1er janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5ème révision). Partant, du point de vue matériel, la modification du droit à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

A/1724/2009 - 25/38 - En ce qui concerne 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 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

Interjetés dans les forme et délai prévus par la loi, les trois recours sont recevables (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de l'OAI de suspendre le versement de la rente par décision incidente du 17 avril 2009, de supprimer la rente par décision du 14 septembre 2009 avec

effet rétroactif au 1er février 2008 et de réclamer la restitution des rentes déjà versées du 1er février au 30 avril 2008, et en particulier sur la capacité de travail de l'assurée et l'évolution de son état de santé.

E. 5

a) La décision de suspension d'une rente constitue une mesure provisionnelle (ATF du 3 mars 2010, 9C_1016, consid. 1). Le but d'une telle mesure est de sauvegarder un intérêt protégé par la loi et qui paraît menacé. Si l'autorité ne fait que décider une mesure dont les effets sont transitoirement les mêmes que ceux qui découlent d'une mesure que la loi lui permet de prendre à titre définitif, une base légale expresse n'est pas nécessaire (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II: Les actes administratifs et leur contrôle, 2ème éd., Berne 2002, p. 528, n° 2.2.6.8, p. 272). La demande de restitution de l'effet suspensif constitue une demande de mesures provisionnelles (Benoît BOVAY, Procédure administrative, Berne 2000, p. 404). Lorsqu'il s'agit d'examiner une mesure provisionnelle ou un retrait de l'effet suspensif, il y a lieu de procéder à une pesée des intérêts en présence, qui s'effectue selon les mêmes critères (Ueli KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 190 ss n. 406). On peut donc se référer aux principes légaux et jurisprudentiels en matière d'effet suspensif pour examiner la conformité au droit de la décision de suspension de la rente. b) Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 de la présente loi ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA ; RS 172.021).http://www.admin.ch/ch/f/rs/830_1/a55.html - fn1#fn1 Selon l'art. 56 PA, après le dépôt du recours, l'autorité de recours, son président ou le juge instructeur peut prendre d'autres mesures provisionnelles, d'office ou sur requête d'une partie, pour maintenir intact un état de fait existant ou sauvegarder des intérêts menacés. Les mesures provisionnelles ne sont légitimes, aux termes de la loi, que si elles s'avèrent nécessaires au maintien de l'état de fait ou à la sauvegarde des intérêts compromis. En revanche, elles ne sauraient, en principe tout au moins, anticiper sur le jugement définitif, ni équivaloir à une condamnation provisoire sur le fond, ni non plus aboutir abusivement à rendre d'emblée illusoire le procès au fond (ATF

A/1724/2009 - 26/38 - 119 V 506 consid. 3 et les références citées). Si la protection du droit ne peut exceptionnellement être réalisée autrement, il est possible d'anticiper sur le jugement au fond par une mesure provisoire, pour autant qu'une protection efficace du droit ne puisse être atteinte par la procédure ordinaire et que celle-ci produirait des effets absolument inadmissibles pour le requérant (ATF du 24 juin 2002 I 278/2002). Une décision, qui suspend à titre provisoire une rente d'invalidité est une mesure provisionnelle (ATF du 3 mars 2010 9C 10616/2009; ATAS/1042/2010 du 14 octobre 2010). Le but d'une telle mesure est de sauvegarder un intérêt protégé par la loi et qui paraît menacé. Si l'autorité ne fait que décider une mesure dont les effets sont transitoirement les mêmes que ceux qui découlent d'une mesure que la loi lui permet de prendre à titre définitif, une base légale expresse n'est pas nécessaire (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. II: Les actes administratifs et leur contrôle, 2ème éd., Berne 2002, p. 528, n° 2.2.6.8, p. 272). Lorsqu'il s'agit d'examiner une mesure provisionnelle ou un retrait de l'effet suspensif, il y a lieu de procéder à une pesée des intérêts en présence, qui s'effectue selon les mêmes critères (Ueli KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 190 ss n. 406). On peut donc se référer aux principes légaux et jurisprudentiels en matière d'effet suspensif pour examiner la conformité au droit de la décision de suspension de la rente. c) La LPGA ne

contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Par renvoi des art. 55 al. 1 LPGA et 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral. L'art. 55 PA prévoit que le recours a effet suspensif (al. 1), et que sauf si elle porte sur une prestation pécuniaire, la décision de l'autorité inférieure peut prévoir qu'un recours éventuel n'aura pas d'effet suspensif (al. 2). Conformément à l'art. 66 PA, si aucun intérêt public ou privé prépondérant ne s'y oppose, la juridiction de recours peut, sur la demande de la partie dont les intérêts sont gravement menacés, retirer ou restituer l'effet suspensif (al. 3). Est cependant réservé l'art. 97 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS ; RS 831.10), applicable par analogie à l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 66 LAI, qui permet à la caisse de compensation de prévoir dans sa décision qu'un éventuel recours n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire. L'entrée en vigueur de la LPGA n'a rien changé à la jurisprudence en matière de retrait par l'administration de l'effet suspensif à une opposition ou à un recours ou de restitution de l'effet suspensif (ATF du 20 avril 2005, I 196/05, consid. 4.3). Ainsi, la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait

A/1724/2009 - 27/38 - exceptionnelles qui justifient cette mesure (ATF du 26 octobre 2006, I 5400/06, consid. 2.2). Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires (ATF du 19 septembre 2006, I 439/06, consid. 2). En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF du 24 mai 2006, I 231/06, consid. 3.3). Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 consid. 6a). S'agissant des intérêts en présence, notre Haute Cour admet que l'intérêt de l'administration est généralement prépondérant lorsque la situation financière de celui qui bénéficie de prestations ne lui permettrait pas de les restituer s'il s'avérait dans le jugement au fond qu'elles étaient perçues à tort (ATF du 14 novembre 2005, I 63/05, consid. 5.3; ATF 119 V 503, consid. 4; ATF 105 V 266, consid. 3). d) Dans l'arrêt du 19 septembre 2006 (I 439/06), le TFA a considéré que, dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de l'assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'était pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y avait pas lieu d'admettre que selon toute vraisemblance elle l'emporterait dans la cause principale. La situation matérielle difficile dans laquelle se trouvait l'assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaissait généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'assurée n'obtiendrait pas gain de cause sur le fond matériel de la contestation, il était en effet à craindre que la procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 105 V 269 consid. 3; VSI 2000 p. 187 consid. 5). S'agissant des prévisions sur l'issue du litige, elles ne présentaient pas, pour l'assurée, un degré de certitude suffisant pour qu'elles soient prises en considération. Les avis divergeaient aussi bien sur la situation médicale concrète de l'assurée que sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de

travail, rendant l'issue du litige tout à fait incertaine. Seul un examen détaillé des pièces médicales versées au dossier permettrait de répondre à la question de savoir si la révision du droit à la rente était justifiée. Ainsi, l'intérêt de l'assurance-invalidité à réduire, même à titre provisoire, le montant de ses prestations l'emportait sur celui de l'assurée à percevoir une rente entière d'invalidité durant la durée de la procédure. Le retrait de l'effet suspensif par l'autorité était par conséquent justifié. e) Lorsqu'une décision de suppression d'une rente, sur révision ou reconsidération d'une décision d'octroi de rente ayant force de chose décidée, fait l'objet d'un recours

A/1724/2009 - 28/38 - et que le Tribunal annule la décision et renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, la suppression de la rente continue, car le retrait de l'effet suspensif accordé au recours dure jusqu'à la nouvelle décision de l'OAI selon le Tribunal Fédéral (ATF 129 V 370; 9C_162/2007).

E. 6

En l'espèce, on relèvera à titre liminaire que l'OAI était dans l'obligation de verser à l'assurée, à fin mars 2009, les rentes dues de mai 2008 à fin mars 2009, dès lors que la première décision de suspension avait été annulée par arrêt du 10 mars 2009. La seconde décision de suspension du 17 avril 2009 contestée dans le cadre de la présente cause prend effet dès le 1er mai 2009 seulement. Jusqu'à la décision du 14 septembre 2009, le versement des rentes susmentionnées était exigible. Ensuite toutefois, l'OAI a retiré l'effet suspensif au recours contre la décision du 14 septembre 2009 supprimant la rente avec effet rétroactif au 1er février 2008 et l'assurée n'a pas conclu à la restitution de l'effet suspensif. D'une part, il ne lui était alors plus possible d'obtenir le versement des rentes susmentionnées. D'autre part, dans l'hypothèse où elle avait sollicité la restitution de l'effet suspensif dans son recours du 15 octobre 2009, celle-ci aurait été refusée par la Cour de céans en application de la jurisprudence du Tribunal fédéral, dès lors qu'il appartenait à l'assurée de démontrer que les chances de succès de son recours étaient suffisamment importantes pour limiter le risque de recouvrement. Or, lors de la décision du 14 septembre 2009, les pièces du dossier, en particulier le rapport de l'enquêteur mandaté par la NATIONALE ASSURANCE ne permettaient pas de l'admettre. Il faut en effet, pour restituer l'effet suspensif, que les chances de succès de l'assurée présentent un degré de certitude suffisant. Pour les mêmes motifs, le recours contre la décision de suspension de la rente du 17 avril 2009 aurait été rejeté si, à défaut de jonction des causes, il avait été statué sur ce recours séparément des causes au fond concernant les décisions de suppression et de restitution, tant il est vrai que l'OAI, auquel incombe l'apport de la preuve dans ce cadre-là, démontrait lors de la décision incidente qu'il ressortait des éléments déjà recueillis, avec un degré de certitude suffisant, que la suppression de la rente se justifiait. C'est pour ces motifs que la Cour a maintenu la jonction des causes jusqu'à l'issue de l'instruction de l'affaire au fond.

E. 7

a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

A/1724/2009 - 29/38 - b) Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est

réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). L'al. 2 de cette disposition précise que 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. c) En vertu de l'art. 28a al. 1er LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition 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. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Un abattement global maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 75 consid. 5). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

E. 8

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles

A/1724/2009 - 30/38 - d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas

particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

E. 9

a) Selon l'art. 17 al. 1er 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.

A/1724/2009 - 31/38 - 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). b) Selon l'art. 77 RAI, l'ayant-droit doit communiquer immédiatement à l'OAI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré. En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'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 (al. 1er). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis RAI est toutefois applicable par analogie (al. 2). Aux termes de l'art. 88bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la

notification de la décision (let. a) ; 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 selon l'art. 77 RAI (let. b). c) 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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon 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

A/1724/2009 - 32/38 - conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publiés des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

E. 10

a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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. 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 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un

médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

A/1724/2009 - 33/38 - 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarte en principe 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, 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). e) 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/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*,

A/1724/2009 - 34/38 - 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

E. 11

En l'espèce, la Cour de céans estime que l'expertise judiciaire du Dr S_____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Son rapport a été établi en

pleine connaissance du dossier, sur la base de plusieurs entretiens avec l'intéressée et des tests particuliers effectués, il prend en considération les plaintes de la patiente ainsi que l'histoire médicale de celle-ci et ses conclusions sont bien motivées et claires. En particulier, l'expert confirme l'existence d'un trouble de la personnalité lié aux traumatismes vécus dans l'enfance et l'adolescence et préexistant à la dépression survenue en 2003 suite au licenciement et qui explique l'évolution clinique défavorable, en se fondant sur l'anamnèse personnelle particulièrement troublée de l'assurée, l'examen clinique mais aussi les résultats de tests spécifiques effectués. Le fait que ce diagnostic n'ait pas été retenu par la Dresse M _____, dans son expertise de 2004, mais seulement esquissé (fragilité de la personnalité de l'expertisée) ne l'invalide pas. En effet, La Dresse M _____ retenait alors déjà, tout comme le Dr S _____, un trouble dépressif sévère, qui est confirmé par l'observation et l'évaluation psychométrique. La persistance de cette dépression au gré des années, sans rémission malgré un traitement psychiatrique adéquat, s'explique notamment par le trouble de la personnalité que la Dresse M _____ a ainsi retenu dans le cadre de l'expertise complémentaire faite en août 2008 (trouble mixte de la personnalité). Il s'avère en outre que le psychiatre traitant de l'assurée a également posé ce diagnostic, après plusieurs années de suivi, et que ses explications sont particulièrement circonstanciées, s'agissant de l'existence ancienne de ce trouble, même s'il ne s'est clairement manifesté que tardivement. Par ailleurs, le fait que l'expertise ait lieu début 2011 n'est pas déterminant, le rôle de l'expert étant en particulier d'établir l'évolution de l'état de santé de l'assurée dans le temps. Or, contrairement à l'avis du SMR, rien ne permet de retenir que l'état dépressif constaté n'était pas présent lors de la notification de la décision, puisqu'il ressort tant de l'avis du psychiatre traitant que de l'expertise de la Dresse M _____ qu'il est présent, sans rémission, depuis 2003. Par contre, l'expertise du Dr N _____ n'emporte pas la conviction de la Cour. Son rapport ne tient pas compte de tout des plaintes de la patiente, qui ne sont même pas citées. Sa conclusion visant à exclure tout trouble psychiatrique n'est pas motivée, et l'expert n'explique pas pour quels motifs il s'écarte - concrètement - de l'avis du psychiatre traitant de l'assurée, se contentant d'explications théoriques et de définitions des divers diagnostics possibles. En particulier, sa négation de tout trouble de la personnalité est battue en brèche par les précisions du Dr

A/1724/2009 - 35/38 - L _____ et, après avoir à juste titre exclu le trouble de l'adaptation six ans après le licenciement, il n'examine pas sérieusement si les symptômes de la patiente pourraient correspondre à un autre trouble de la lignée dépressive. De façon générale, ce rapport est peu clair, les nombreux points d'interrogation qu'il contient font douter de la conviction de son auteur et il n'a ainsi pas de valeur probante. La persistance du SMR à suivre l'expertise du Dr N _____ et à contester la valeur probante de celle du Dr S _____ n'est à ces égards pas motivée. Le SMR reprend l'avis du Dr N _____ quant à l'absence de tout trouble de la personnalité sans se prononcer sur les explications divergentes pourtant données par les autres psychiatres. Ainsi, il faut admettre que l'assurée souffre de troubles psychiatriques sous la forme des troubles dépressifs et de la personnalité majeurs tels que définis par l'expert. Les limitations fonctionnelles retenues par l'expert (même si elles ne sont pas décrites dans un paragraphe spécifique) sont similaires à celles mentionnées par les Drs L _____ et M _____, soit des troubles de la concentration et de la mémoire, crises d'angoisse et d'agitation, troubles du sommeil. Les tests effectués confirment une forte impulsivité, une tendance marquée à l'anxiété, à l'obstination et à l'entêtement. L'employeur de l'assurée a confirmé que celle-ci pleure fréquemment, est stressée, angoissée et fait des erreurs en recopiant les devis. L'expert

indique ainsi que l'effet conjugué des deux pathologies diminue de façon importante la capacité de travail de l'assurée, qui est de 30% avec un rendement de 50% et ne peut être exploitée que dans un milieu professionnel peu stressant et peu exigeant en termes de rendement. Cette évaluation de la capacité de travail tient certainement aussi compte de ce que l'assurée décrit, mais elle est justifiée médicalement de façon convaincante par l'expert, eu égard à la sévérité des troubles constatés, et leur persistance malgré le suivi médical soutenu et régulier. Au demeurant, le fait de promener son chien à l'aube et après le coucher du soleil (pour éviter de croiser des gens) et de se rendre au centre commercial de Balexert (où se trouve le cabinet de son médecin) pour y boire un café, ne sont pas des activités qui dénotent d'une vie sociale "complète", entourée de nombreux amis, comme le prétend l'OAI, de sorte que la réalité de la vie de l'assurée n'est pas en contradiction avec les constatations de l'expert. De même, les troubles du sommeil décrits expliquent le lever matinal de l'assurée, sans que l'on puisse en déduire une amélioration de l'état de santé ou des conséquences sur la capacité de gain de l'assurée.

E. 12

S'agissant de l'activité professionnelle effectivement exercée par l'assurée, la comparaison des diverses pièces et témoignages peut laisser croire que l'assurée travaille en réalité à 50% dans l'entreprise X_____ depuis début 2006 déjà. C'est en effet ce qui ressort, d'une part, du procès-verbal d'audition de la NATIONALE SUISSE et pourrait être déduit, d'autre part, des extraits de comptes AVS de l'entreprise, montrant que celle-ci n'a pas employé de secrétaire entre

A/1724/2009 - 36/38 - septembre 2005 (départ de _____, engagée à mi temps) et fin 2007 (arrivée de l'assurée) et du rapport du détective privé mandaté. Toutefois, en premier lieu, l'assurée est constante dans ses déclarations s'agissant du début de son activité (novembre 2007 pour essayer et janvier 2008 de façon fixe) et de son taux d'occupation (8 heures par semaine, soit 1 heure 45 le lundi et 3 heures

E. 15

les mercredi et vendredi). Bien que l'inspecteur de la NATIONALE ASSURANCES conteste avoir exercé une quelconque pression sur l'assurée lors de l'entretien du 7 avril 2008, il admet que celle-ci pleurait et était en colère. La Cour a eu l'occasion de constater, lors des audiences, que l'assurée perd assez vite son assurance, et confond les dates et manque de précision quant aux événements lorsqu'on la presse de questions, laissant entendre que l'on doute de ses dires. Il est ainsi possible que l'assurée ait admis le 7 avril 2008 travailler tous les matins depuis 2006 et ce, contrairement à la réalité, en raison de la pression ressentie subjectivement. En deuxième lieu, le rapport d'enquête du 22 février 2008 indique une surveillance entre le 30 janvier et le 22 février, mais constate la présence de l'assurée dans le locaux de l'entreprise uniquement les matins des mercredi 6 février, jeudi 7 février, vendredi 8 février (on la voit travailler à l'écran), mardi 12 février (elle déambule dans les bureaux), mercredi 13 février (elle prend un téléphone), jeudi 14 février (elle est occupée dans le bureau), lundi 18 février (idem) et vendredi 22 février (l'assurée va et vient entre son domicile et le bureau). Certes, l'assurée est présente d'autres jours que les lundi, mercredi et vendredi, mais elle a expliqué, d'une part, qu'elle se rendait aussi au bureau pour s'installer au début de son emploi et régulièrement ensuite pour y prendre un café et sans y travailler. D'autre part, l'enquête ne démontre pas que l'assurée serait présente et travaillerait plus que trois matins par semaine dans l'entreprise. En troisième lieu, le

patron de l'entreprise a également toujours été constant et convaincant lors de ses deux auditions par la Cour. Il a ainsi confirmé, après avoir été dûment informé des risques pénaux d'un faux témoignage, que l'assurée avait commencé son activité fin 2007 seulement. Les explications complémentaires données quant à l'absence de secrétaire entre septembre 2005 et fin 2007 et l'organisation mise en place sont parfaitement plausibles. Il confirme aussi que l'assurée travaille environ 8 heures par semaine, mais vient parfois à l'entreprise sans y travailler, simplement pour ne pas être seule. De même, le type d'activité confié à l'assurée et sa qualité, prouvés par pièce (devis à dactylographier) et par les témoignages recueillis, sont corroborés par l'expertise psychiatrique effectuée. L'assurée fait de nombreuses erreurs, malgré la simplicité du travail à faire et, selon son état psychique, est incapable d'y faire face, ne vient pas au bureau ou il faut la ménager. Bien que son engagement réponde à un besoin de l'entreprise, l'assurée n'a manifestement ni les compétences, ni le rendement

A/1724/2009 - 37/38 - d'une secrétaire confirmée. On comprend d'ailleurs des explications de l'employeur que l'engagement de l'assurée a tout autant pour finalité de permettre à celle-ci de se changer les idées, de se sentir utile et de ne pas déprimer, seule à la maison. Cette vertu est confirmée par le psychiatre traitant. Ainsi, la Cour retient qu'il est démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée a débuté son activité de secrétariat en novembre 2007 à l'essai, a été engagée pour 8 heures d'activité dès le 1er janvier 2008, qu'elle est en mesure d'exercer cette activité simple, sans exigence de rendement pour le compte d'un patron particulièrement bienveillant. En d'autres termes, sa capacité de travail très limitée attestée médicalement n'est pas contredite par la réalité de l'activité effectivement déployée. En particulier, l'assurée n'est capable ni de travailler plus que les quelques heures faites, ni avec un rendement quantitatif et qualitatif usuellement exigible, avec un stress professionnel ordinaire ainsi qu'un horaire fixe et contraignant. Finalement, la Cour est convaincue par l'audition de l'assurée, des témoins, et par les rapports médicaux produits que ce travail a les caractéristiques d'un emploi social, au même titre que l'occupation à temps partiel d'invalides au sein d'associations ou d'établissements publics, et qu'il faut ainsi encourager cette activité dans l'intérêt médical de l'assurée, de la société et, saluer l'initiative et la persistance de cet employeur, qui pourrait vraisemblablement se passer des services de l'assurée. 13. Ainsi, le recours est admis, les décisions des 19 avril 2009, 14 septembre 2009 et 8 octobre 2009 sont annulées et il est dit que la recourante a droit au maintien et au paiement de sa rente entière d'invalidité au-delà du 1er février 2008. 14. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 3'500 fr. en faveur de la recourante, au vu du nombre d'actes de recours, d'audiences et d'écritures complémentaires.

A/1724/2009 - 38/38 - 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.