

GE_GERICHTE ATAS/828/2017 vom 27. September 2017

GE Cour de justice, 2017-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_828_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/828/2017 du 27 septembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/828/2017 del 27 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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, pendant la période courant du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2014.

E. 5

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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.

E. 6

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

A/2990/2016 - 9/15 - diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence

d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Le Tribunal fédéral fait généralement preuve de réserve avant de reconnaître le caractère invalidant d'un trouble de la lignée dépressive. Il a notamment précisé récemment que les troubles légers et moyens de la lignée dépressive, qu'ils soient récurrents ou épisodiques, ne peuvent être considérés comme des atteintes à la santé à caractère invalidant que dans les situations où ils se révèlent résistants aux traitements pratiqués, soit lorsque l'ensemble des thérapies (ambulatoires et stationnaires) médicalement indiquées et réalisées selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, ont échoué. Ce n'est que dans cette hypothèse - rare, car il est admis que les dépressions sont en règle générale accessibles à un traitement - qu'il est possible de procéder à une appréciation de l'exigibilité sur une base objectivée, conformément aux exigences normatives fixées à l'art. 7 al. 2, 2ème phrase LPGA (ATF 140 V 193 consid. 3.3 et les références; voir également arrêts du Tribunal fédéral 9C_146/2015 du 19 janvier 2016 consid. 3.2 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

E. 8

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la

A/2990/2016 - 10/15 - même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

E. 9

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid.

2 et les références ; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2).

E. 10

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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, à ce motif, 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). 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 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. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

A/2990/2016 - 11/15 - avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee). 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/cc).

E. 11

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. 12

À titre liminaire, il convient de rappeler que l'intimé, dans la décision attaquée, a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2014, une rente entière d'invalidité du 1er janvier 2015 au 31 mai 2015 et une demi-rente d'invalidité depuis le 1er juin 2015. Dans son arrêt entré en force du 30 novembre 2016, la chambre de céans a réformé cette décision, en accordant à l'assurée, dès le 1er janvier 2015, une rente entière d'invalidité, non limitée dans le temps. Elle a réservé la suite de la procédure s'agissant de la période antérieure, du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2014. Partant, seul demeure litigieux le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2014.

E. 13

Pour la période considérée, l'intimé a fait siennes les conclusions de l'examen du SMR de mai 2014, à teneur desquelles l'assurée présentait, dès le 1er août 2013, une capacité de travail de 50% dans toute activité professionnelle. Les médecins du SMR ont estimé que les troubles rhumatologiques de l'assurée réduisaient sa capacité de travail de moitié, tandis que sur le plan psychiatrique, son trouble de la personnalité de type borderline et son état dépressif – alors qualifié de « sévère » – l'avaient totalement empêché de travailler dès sa prise en charge par le CTB, le 30 novembre 2012. En août 2013, à l'issue de son suivi par le CAPPI,

A/2990/2016 - 12/15 - l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50%, car son trouble dépressif s'était amendé, ce qui avait conduit les médecins de cet établissement à ne lui diagnostiquer qu'un épisode dépressif léger. Pour sa part, la recourante soutient que son état de santé ne s'est pas amélioré, de sorte qu'elle est restée totalement incapable de travailler. Elle se prévaut des rapports de son psychiatre et de son médecin généraliste, les Drs C _____ et B _____.

E. 14

a. La chambre de céans constate que le rapport d'examen du SMR a été établi en pleine connaissance du dossier, qu'il relate les plaintes de l'assurée et repose sur des examens rhumatologiques et psychiatriques complets. Ses conclusions selon lesquelles l'assurée a bénéficié, dès le 1er août 2013, d'une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sont claires et motivées. Au plan psychiatrique, il résulte effectivement de ce document une amélioration de l'état de santé dès le 1er août 2013. En effet, alors que l'état dépressif de l'assurée avait été jugé « sévère » par les médecins du CTB en novembre 2012, ceux du CAPPI l'ont qualifié de « léger » en juillet 2013, après avoir confirmé une évolution favorable (cf. lettre de sortie du CAPPI du 16 septembre 2013). Ensuite, dans son rapport d'examen du 12 mai 2014, le Dr G _____ a relaté la

persistance d'un « trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger », en précisant qu'il n'observait chez l'assurée ni diminution de l'humeur, de l'intérêt, du plaisir, de l'appétit ou de l'attention, ni attitude pessimiste face à l'avenir. Il n'a pas non plus relevé de symptôme somatique de la dépression, hormis une diminution de la libido. Au plan rhumatologique, le Dr F_____ a exposé que l'assurée, du fait de ses atteintes rachidiennes (arthrose inter-facettaire avancée ; kystes arthro-synoviaux ; discopathies étagées ; hernie discale ; protrusions discales, etc.), devait observer des périodes de repos prolongées et diverses mesures d'épargne lombaire. Il a toutefois considéré qu'en dépit de celles-ci, l'assurée pouvait exercer une activité professionnelle à 50%, ce qu'aucun rapport ne permet de remettre en question. Au vu de ce qui précède, l'examen bi-disciplinaire du SMR revêt pleine valeur probante. b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme celle des Drs F_____ et G_____, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2).

A/2990/2016 - 13/15 - c. En l'occurrence, ni la recourante, ni ses médecins n'ont mis en évidence d'élément objectivement vérifiable qui serait susceptible d'avoir été ignoré par le SMR. En effet, le Dr C_____ s'est limité à faire valoir que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas amendé à partir du mois d'octobre 2014, sans remettre en question l'amélioration retenue par l'intimé pendant la période litigieuse, qui est antérieure. La Dresse B_____, de son côté, a tantôt exclu l'exercice de toute activité professionnelle, tantôt préconisé l'exercice d'une telle activité, de sorte que ses conclusions paraissent confuses, voire contradictoires. Quoi qu'il en soit, les atteintes lombaires sur la base desquelles cette praticienne a certifié une incapacité de travail ont précisément été prises en compte par le SMR. Quant au Dr E_____, il a certes conclu, dans son rapport du 25 septembre 2013, à une capacité résiduelle de travail de 30% – légèrement inférieure à celle retenue par l'intimé –, mais il n'a pas non plus mis en exergue d'élément dont le SMR n'aurait déjà tenu compte. S'agissant enfin des Drs H_____ et J_____, il convient de relever que ces médecins ne suivaient pas la recourante pendant la période litigieuse, de sorte que leurs avis respectifs ne permettent pas de s'écarter de celui du SMR. d. Faute d'élément propre à mettre en doute les conclusions du SMR, c'est à juste titre que l'intimé a retenu, du 1er août 2013 au 22 octobre 2014, une capacité résiduelle de travail de 50% dans toute activité professionnelle.

E. 15

Au 1er septembre 2013, une année après le début de son incapacité de travail, la recourante pouvait exercer toute activité lucrative à mi-temps, y compris son activité antérieure d'enseignante. Dans un tel cas de figure, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sans qu'il y ait lieu de tenir compte d'un abattement. C'est le lieu de rappeler qu'une telle réduction ne s'opère que lorsque le revenu d'invalidité est déterminé au moyen des données statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 et les références). Partant, c'est à bon droit que, pour la période litigieuse du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2014, l'intimé a fixé le degré d'invalidité à 50% et octroyé à la recourante une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI).

E. 16

À toutes fins utiles, on rappellera encore que, s'agissant de la période dès le 1er janvier 2015, la chambre de céans a déjà jugé que la recourante pouvait prétendre à une rente entière d'invalidité (ATAS/1001/2016 du 30 novembre 2016). En effet, l'intimé a admis en cours de procédure que ses troubles psychiques et somatiques s'étaient durablement aggravés depuis le 23 octobre 2014, de sorte qu'il lui a reconnu, dès cette date, une incapacité de travail et de gain totale.

E. 17

Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté en tant qu'il réclame le versement d'une rente entière d'invalidité du 1er septembre 2013 au 31 décembre 2014.

A/2990/2016 - 14/15 -

E. 18

Malgré ce rejet, la chambre de céans renonce à condamner la recourante au paiement d'un émolument (art. 69 al. 1 bis LAI), vu l'issue du litige portant sur la période courant dès le 1er janvier 2015, dans lequel elle a obtenu gain de cause.

E. 19

Enfin, il convient de rappeler qu'une indemnité de dépens de CHF 1'500.- a déjà été octroyée à la recourante, l'intimé ayant acquiescé à ses conclusions portant sur la période précitée (cf. ATAS/1001/2016 du 30 novembre 2016).

A/2990/2016 - 15/15 - 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.