

GE_GERICHTE ATAS/837/2017 vom 3. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_837_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/837/2017 du 3 octobre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/837/2017 del 3 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1

a. 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), 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

E. 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, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celle du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI). Interjeté le 13 septembre 2016 contre la décision litigieuse du 19 août 2016, le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu – peu élevées – prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). 2. Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente entière d'invalidité de la recourante, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est amélioré depuis le dernier examen matériel de son droit à cette prestation. 3. L'art. 17 al. 1 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

A/3034/2016 - 13/21 - l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V

E. 9

a. Dans le ledit rapport, les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail concernent avant tout des troubles ostéoarticulaires à la colonne cervicale et lombaire, à

l'épaule droite et à la hanche droite, mais aussi des affections relevant de spécialités médicales autres que la rhumatologie (status après carcinome pulmonaire et hypoacousie bilatérale dans le cadre d'un barotraumatisme). Le Dr M_____ mentionne une incapacité de travail qui est tout au plus de 30% du point de vue purement ostéoarticulaire mais il retient tout de même une incapacité de travail de 30% au vu des limitations fonctionnelles qui se surajoutent et qui conduisent fatalement à une baisse de rendement. Il ne retient cependant pas d'incapacité de travail supérieure à 30% dans une activité adaptée et dans l'activité habituelle de secrétaire – qu'il juge adaptée – au vu de la tolérance relativement bonne de la position assise en cours d'entretien.

Ce rapport d'examen a été établi après étude de toutes les pièces du dossier. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse précise, les plaintes de la recourante, des observations cliniques, une description détaillée de l'évolution de l'état de santé

A/3034/2016 - 18/21 - de la recourante depuis février 2007 jusqu'au jour de l'examen, une évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi qu'une description des limitations fonctionnelles. Les évaluations du Dr M_____ sont motivées et se réfèrent à ses constatations cliniques.

b. La recourante a d'abord contesté le projet de décision de suppression de rente du 10 mai 2016 en produisant le rapport de consultation rhumatologique du 14 mars 2016 des Drs O_____ et P_____ ainsi qu'un rapport audiométrique du Dr Q_____ le 6 juin 2016.

Force est de constater que le premier rapport ne fait pas état d'une aggravation de l'état de santé ni d'une nouvelle atteinte depuis l'examen pratiqué par le 9 mars 2016 par le Dr M_____. Il ne comporte pas non plus d'appréciation de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles de la recourante. Quant à l'hypoacousie bilatérale rapportée par le Dr Q_____, elle était déjà connue de l'intimé en octobre 2014 (cf. dossier AI, doc 79) et le Dr M_____ en a précisément tenu compte dans la liste des limitations fonctionnelles de la recourante (absence de travail dans un environnement bruyant).

Si l'on excepte le rapport du 29 juin 2012 de l'oncologue traitante, la Dresse G_____, qui retient une capacité de travail entière de la recourante dans son activité habituelle de secrétaire et dans toute autre activité adaptée, le seul autre médecin traitant à s'être prononcé sur sa capacité de travail à la date de la décision litigieuse est la Dresse D_____. Selon cette dernière, la recourante présentait une capacité respiratoire diminuée et des algies thoraciques mais l'activité habituelle de secrétaire était à nouveau exigible à 50% dès septembre 2012 s'il s'agissait d'un travail de bureau diurne avec pauses. Quoiqu'il en soit, il ne ressort pas de cette appréciation différente de la capacité de travail que le Dr M_____ aurait ignoré certains éléments pris en compte par la Dresse D_____. En effet, le Dr M_____ note que la recourante ne se plaint pas d'une dyspnée à l'effort, qu'elle n'est pas dyspnéique en cours d'entretien ou d'examen clinique et qu'elle ne semble donc pas présenter de difficultés respiratoires qui la handicaperaient dans une activité de secrétaire. Au demeurant, la Dresse D_____ ne prétend pas le contraire sur ce dernier point. Pour le surplus, le Dr M_____ a tenu compte des diverses algies rapportées par la recourante en cours d'entretien et retenu la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise et debout. Enfin, son appréciation de la capacité de travail de 70% inclut la diminution de rendement induite par les diverses limitations fonctionnelles retenues. Dans ces circonstances, on rappellera qu'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou

plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (cf. ci-dessus : consid. 6b/aa et 6c/bb).

Il découle de ce qui précède que les rapports médicaux des Drs O_____, P_____, Q_____ et D_____ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr M_____.

A/3034/2016 - 19/21 -

c. Le Dr M_____ a expressément relevé que son appréciation ne tenait pas compte d'une éventuelle pathologie « internistique » ou psychiatrique et qu'il laissait le soin au médecin responsable du dossier au SMR d'évaluer la capacité de travail du point de vue psychiatrique, oncologique, pneumologique et sous l'angle de la médecine interne. Aussi convient-il d'examiner si le SMR peut être suivi en tant qu'il retient, dans son avis du 26 avril 2016, que pour son carcinome pulmonaire, la recourante est en rémission depuis 2008 et que d'un point de vue oncologique, il existe une capacité de 100% dans toute activité depuis le 29 juin 2012, référence étant faite au rapport du 29 juin 2012 de la Dresse G_____.

Le Dr R_____ indique dans son rapport du 31 octobre 2016 que nonobstant sa rémission complète, l'atteinte oncologique pulmonaire n'empêche pas des « douleurs résiduelles post radiques » qui, avec l'ensemble des autres atteintes à la santé, rendraient difficile voire impossible une réelle reprise de travail. Or, force est de constater que ces autres atteintes, en tout cas somatiques, ont déjà été prises en compte par le Dr M_____. Quant aux douleurs résiduelles alléguées, liées au traitement du cancer par radiothérapie – terminé en 2008 –, le Dr R_____, qui n'est pas oncologue, ne précise pas en quoi celles-ci seraient incapacitantes alors que l'oncologue traitante, la Dresse G_____, ne retient que des douleurs chroniques diffuses qui entraînent des limitations à la marche et dans les activités mais n'empêchent pas l'exercice de l'activité habituelle de secrétaire à plein temps. Quoiqu'il en soit, la question de savoir s'il existait toujours, d'un point de vue oncologique, une incapacité de travail à l'époque de la décision litigieuse n'a en réalité pas de portée distincte des autres troubles somatiques. En effet, le Dr M_____ intègre le status après carcinome pulmonaire à sa liste des diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, tient compte de la fatigue – bien qu'améliorée – qui subsiste après les traitements oncologiques (cf. dossier AI, doc. 93 p. 9, avant-dernier paragraphe) ainsi que des douleurs rapportées par la recourante et constatées lors de l'examen clinique du 9 mars 2016. Et, comme relevé plus haut, ce médecin retient précisément une incapacité de travail de 30% au vu des limitations fonctionnelles qui se surajoutent aux troubles purement ostéoarticulaires. Quant au carcinome en tant que tel, sa rémission complète – qui a été confirmée par deux scanners thoraco-abdominaux en juin 2015, respectivement juin 2016 – n'est contestée par personne, y compris le Dr R_____. Aussi la chambre de céans s'en tiendra-t-elle à l'avis du 26 avril 2016 du SMR en tant qu'il retient que d'un point de vue oncologique, il existe une capacité de 100% dans toute activité depuis le 29 juin 2012.

d. Il reste à déterminer si la recourante a présenté, au moment de la décision litigieuse, une pathologie psychiatrique qui s'ajouterait à ses troubles somatiques.

Selon la Dresse V_____, qui ne suivait la recourante que depuis le 16 novembre 2016, la recourante présentait un « état dépressif clair » qui était devenu encore plus important « à l'annonce que l'AI ne lui donnait plus de rente », ce qui lui permettait de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans

A/3034/2016 - 20/21 - syndrome somatique (F33.10). Invitée à donner des précisions, la Dresse V_____ a indiqué le 10 février 2017 que ses constatations et appréciations consignées dans le rapport du 6 février 2017 étaient anamnestiquement valables le 19 août 2016, date de la décision litigieuse mais « aussi logiquement » compte tenu des épreuves endurées par la recourante (cancer, deuil de son père, etc.). Force est de constater que l'examen conjoint du rapport du 6 février 2017 et du courrier du 10 février 2017 permet difficilement de comprendre comment la recourante aurait pu présenter, le 19 août 2016 déjà, un trouble dépressif, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) alors que ce diagnostic serait consécutif au renforcement de « l'état dépressif clair » après la notification de la décision de suppression de rente à la recourante. Quant à la Dresse N_____, dont la spécialité est la médecine interne générale et non la psychiatrie, son rapport du 7 mars 2017 consiste pour l'essentiel à nier l'existence d'un diagnostic psychiatrique incapacitant sur la base d'une argumentation de texte fondée sur les critères diagnostiques de la CIM-10, sans avoir pour autant examiné la recourante. Or, selon la jurisprudence, il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_ 578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur l'existence d'une atteinte psychiatrique incapacitante, ni sur la date de son éventuelle survenance. La dimension psychique du cas, pourtant expressément réservée par le Dr M_____, étant restée complètement non instruite jusqu'ici, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan psychiatrique. Cela fait, il lui appartiendra d'examiner si les conditions d'une révision (art. 17 al. 1 LPGA) sont réalisées puis de rendre une nouvelle décision.

E. 10

a. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 19 août 2016 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision. b. La procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner l'intimé, qui succombe, au paiement d'un émolument, arrêté au minimum à CHF 200.-. Obtenant partiellement gain de cause mais sans être représentée, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

* * * * *

A/3034/2016 - 21/21 - 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.