

GE_GERICHTE ATAS/84/2012 vom 6. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_84_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/84/2012 du 6 février 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/84/2012 del 6 febbraio 2012

Erwägungen

E. 1

La Cour de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 25 juillet 2011, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

E. 2

Il n'est pas contesté que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance- invalidité du 1er avril 2008 au 28 février 2009. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée de telle manière à supprimer son droit à une rente à compter du 1er mars 2009.

E. 3

Selon la jurisprudence, 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. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid. 3.2). 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 (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). 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 publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

E. 4

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). 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 (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder

simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le

A/3188/2010 - 11/18 - recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

E. 5

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 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 LPG), 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

A/3188/2010 - 12/18 - 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 352 ss 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. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarter 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). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 6

En l'occurrence, la Cour de céans a mandaté le Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a rendu un rapport le 19 octobre 2011. Ce médecin a diagnostiqué un trouble psychique incluant un épisode dépressif léger à moyen sans syndrome somatique (F32.10) et un trouble anxieux correspondant à une agoraphobie avec trouble panique (F40.01) de gravité modérée, c'est-à-dire faible à moyenne. La recourante présentait ces diagnostics depuis août 2007 et ils étaient documentés tels qu'ils se présentent actuellement depuis février 2008. L'expert a expliqué que ce trouble psychique a des répercussions fonctionnelles, sous la forme d'une diminution de rendement de l'ordre de 25% depuis février

A/3188/2010 - 13/18 - 2008 et qu'il n'y avait pas d'évidence qu'elle ait changé depuis lors. Un traitement adéquat était en place et une amélioration n'était probablement pas possible, du moins à court terme. La Cour de céans constate que l'expertise du Dr N_____ repose sur un examen de la recourante effectué les 3 août et 7 septembre 2011, l'étude du dossier médical, une analyse de laboratoire du 14 septembre 2011 et des renseignements pris auprès du Dr B_____. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. L'expertise est en outre très bien motivée puisqu'elle explique pourquoi l'expert a retenu les diagnostics précités et les répercussions qu'ils ont sur le rendement de la recourante. Ses conclusions sont ainsi dûment motivées. Il y a donc lieu de reconnaître une valeur probante entière à ce rapport d'expertise. Il convient encore d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre en doute l'appréciation de l'expert. Le Dr B_____ a certes retenu un trouble dépressif récurrent sévère dans son rapport du 8 novembre 2010. L'expert a cependant expliqué, de manière convaincante, que ce diagnostic se justifierait si des épisodes dépressifs distincts,

séparés par des périodes de rémission complète de la dépression, s'étaient produits depuis le début des troubles. Or, cela n'était pas documenté. S'agissant de la gravité de la dépression, l'expert a relevé que l'épisode dépressif était resté modéré. A ce sujet, il a précisé qu'il n'y avait pas d'altération de l'état général, pas d'auto-négligence objective, pas de culpabilité irrationnelle, pas d'idéation suicidaire ou d'autres manifestations objectives d'une dépression sévère et durable. L'état clinique observé par l'expert paraissait très proche de ce qui avait été décrit successivement de 2008 à 2010 par les psychiatres qui avaient examiné la recourante. Au vu de ces explications, la Cour de céans est d'avis que l'expertise du Dr N_____ infirme, de manière convaincante, l'appréciation du Dr B_____. Le Dr L_____ a estimé, quant à lui, contrairement au Dr N_____, que les troubles psychiques présentés par la recourante n'entraînent aucune répercussion sur sa capacité de travail (rapport du 29 octobre 2009). On rappellera que la Cour de céans a jugé, dans son ordonnance d'expertise du 25 juillet 2011, que s'agissant du volet psychiatrique de ce rapport, qu'il ne remplissait pas les critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante d'une expertise. Au demeurant, vu les explications convaincantes fournies par le Dr N_____ quant aux limitations fonctionnelles des troubles psychiques sur le rendement de la recourante - diminution de l'énergie disponible pour les activités quotidiennes et professionnelles et diminution des capacités motivationnelles pour mobiliser ladite énergie -, on ne saurait écarter les conclusions de l'expert judiciaire, ce d'autant

A/3188/2010 - 14/18 - plus que le Dr L_____ a également constaté une énergie vitale légèrement réduite (page 14 du rapport). Il apparaît ainsi qu'il n'existe aucune circonstance bien établie, susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions du Dr N_____. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante présentait, en raison des atteintes physiques, une capacité de travail nulle du 21 avril 2007 au 30 novembre 2008, date à partir de laquelle sa capacité de travail est devenue totale dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 25% pour les troubles psychiques. Reste encore à examiner le degré d'invalidité que présente la recourante compte tenu de l'amélioration de sa capacité de gain dès le 1er décembre 2008.

E. 7

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. 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). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou

si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité

A/3188/2010 - 15/18 - (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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 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 (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). 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/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er mars 2004, 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

A/3188/2010 - 16/18 - 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.

E. 8

En l'occurrence, en raison de ses troubles physiques et psychiques, la recourante présente des limitations importantes qui ont entraîné une incapacité de travail totale du 21 avril 2007 au 30 novembre 2008, date à partir de laquelle sa capacité de travail est totale dans une activité adaptée - activité physique légère à moyenne, port de charges limité à 10kg, alternance de positions, pas de mouvement répétitif de la colonne cervicale en flexion, extension et rotation - avec une baisse de rendement de 25%. L'intimé a considéré, au vu de la situation professionnelle de la recourante - gérante d'un restaurant en tant qu'indépendante pendant environ sept ans, au chômage dès fin 2006 et travaillant en tant qu'auxiliaire dans un établissement médico-social au moment de son atteinte à la santé (en avril 2007) - qu'il était malaisé de définir quelle activité la recourante aurait exercé sans atteinte à la santé. En conséquence, il a déterminé les revenus sans invalidité et avec invalidité en se référant aux statistiques (ESS, TA1, niveau 4) représentatifs d'une grande variété d'emplois ne nécessitant pas de qualifications professionnelles particulières. La Cour de céans est d'avis, qu'au vu des circonstances professionnelles particulières, cette manière de procéder ne prête pas le flanc à la critique. Au demeurant, la recourante ne la conteste pas. Lorsque le revenu avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il n'y a pas lieu de les chiffrer avec exactitude. Le degré d'invalidité se confond alors avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique. En l'occurrence, l'abattement de 10% auquel a procédé l'intimé sur le salaire statistique dans le calcul du revenu d'invalidité apparaît adéquat, compte tenu des deux critères que présente la recourante, à savoir qu'elle était âgée de 53 ans au moment de la décision litigieuse et qu'elle subit des limitations fonctionnelles dans les activités légères et moyennes (port de charges limité à 10 kg, alternance de positions, pas de mouvement répétitif de la colonne cervicale en flexion, extension et rotation). Aucun élément ne permet de retenir que la recourante remplirait d'autres critères personnels ou professionnels prévus par la jurisprudence et, au demeurant, la recourante ne le prétend pas non plus. Compte tenu de ce qui précède, le degré d'invalidité que présente la recourante dès l'amélioration de sa capacité de gain est de 35 % (25% de baisse de rendement auquel s'ajoute 10% d'abattement), soit un taux inférieur à la limite de 40 % ouvrant droit à une rente.

A/3188/2010 - 17/18 - C'est dès lors à bon droit que l'intimé a limité le droit à la rente entière au 28 février 2009, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain de la recourante (1er décembre 2008).

E. 9

Le recours est dès lors mal fondé. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/3188/2010 - 18/18 - 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.