

GE_GERICHTE ATAS/890/2015 vom 19. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_890_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/890/2015 du 19 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/890/2015 del 19 novembre 2015

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 depuis 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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

E. 5

Est litigieuse en l'espèce la réduction de la rente d'invalidité versée au recourant. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente sont présentement remplies.

A/736/2015 - 10/17 -

E. 6

L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 propres 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 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 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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 dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

E. 7

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

A/736/2015 - 11/17 - 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; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). 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).

E. 8

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 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). 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). Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces 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

A/736/2015 - 12/17 - 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. Étant 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).

E. 9

En l'espèce, il ressort de la décision initiale que la rente a été octroyée à l'origine pour des raisons exclusivement psychiques, à savoir un état borderline. Par la suite, à deux reprises,

la rente a été reconduite au motif que l'état de santé de l'assuré était demeuré inchangé. Les diagnostics ont cependant légèrement varié dans le temps (personnalité dyssociale et trouble dépressif récurrent moyen en 1998, état borderline en phase de décompensation et syndrome anxio-dépressif moyen en 2007). L'intimé s'est basé sur l'expertise de la Dresse F_____ pour conclure à une amélioration ayant entraîné une augmentation de la capacité de travail et de gain de l'intéressé. Il est vrai que ce médecin conclut à une amélioration. Il est néanmoins troublant de constater que, selon la Dresse F_____, ladite amélioration remonterait à 2002, soit à un moment antérieur à la seconde révision de rente (qui s'est terminée le 20 juillet 2007, par la conclusion que l'état de l'assuré était inchangé). Force est de constater qu'au moment de la réduction de rente litigieuse, le tableau clinique présenté par le recourant, tel que décrit par son médecin traitant, ne diffère pas fondamentalement de celui présenté à l'époque de son octroi. Seule la Dresse F_____ tire des conclusions contraires, lesquelles sont sujettes à caution. En premier lieu, c'est à juste titre que le recourant relève que l'experte a manifestement sous-estimé les traumatismes qu'il a traversés. Il apparaît particulièrement malvenu de retenir comme le fait l'experte que les relations sexuelles que l'assuré a entretenues alors qu'il n'était âgé que de douze ans et avec plusieurs adultes des deux sexes auraient pu être « consenties ». Il est vrai qu'il ne s'agit là « que » d'un élément d'anamnèse mais il est révélateur du fait que l'experte a sous-évalué la situation. En second lieu, l'experte conclut que la personnalité borderline du recourant se serait lentement améliorée depuis 2000, sans jamais justifier cette appréciation, qui va pourtant à l'encontre des autres documents médicaux versés au dossier qui, tous, font mention d'un état stationnaire. Les seuls éléments évoqués par l'experte à l'appui de sa thèse sont le fait que le recourant s'est marié en 2002 - élément factuel et non médical - et une amélioration de la thymie qui remonterait à 2000 et que rien ne vient corroborer au dossier.

A/736/2015 - 13/17 - En troisième lieu, comme déjà indiqué, l'experte fait remonter l'amélioration à une date antérieure à la dernière révision, sans fournir d'explication sur les divergences avec les médecins traitants. Pourtant, les conclusions des médecins et psychiatres traitants sont claires : l'état du recourant est demeuré stationnaire. Enfin, on relèvera que la division de réadaptation de l'intimé a constaté elle-même que l'assuré se trouvait dans un état psychique tel qu'on pouvait craindre des actes auto- ou hétéro-agressifs de sa part. Certes, il ne s'agit pas là de constatations médicales mais bien d'un indice supplémentaire, s'ajoutant à ceux déjà mentionnés, donnant à penser que l'experte a bel et bien sous-évalué la situation. Dans ces circonstances, il convient de conclure qu'il n'existe pas de modification notable de l'état de santé de l'assuré au sens de l'art. 17 LPGA et de la jurisprudence y relative citée ci-avant autorisant une révision du droit à la rente : seule l'appréciation médicale diffère entre le moment de l'octroi de la rente, des révisions qui ont suivi et celui de la révision litigieuse. Or, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas; un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit ressortir clairement du dossier (p. ex. arrêt du TFA P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). Un motif de révision n'entrant pas en ligne de compte dans le cas particulier, il convient d'examiner si la décision de suppression de rente peut être entérinée pour le motif substitué que la décision initiale était manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable.

E. 10

a) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références). Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst.; RS 101), comprend notamment le droit pour les parties de participer à la procédure et d'influer sur le processus conduisant à la prise de décision. Il a pour corollaire que l'autorité, avant de rendre une décision touchant la situation juridique d'une partie, doit en informer cette dernière et lui donner l'occasion de s'exprimer préalablement sur le sujet (ATF 126 V 130 consid. 2b). Il s'agit d'une concrétisation du droit à une procédure

A/736/2015 - 14/17 - équitable, consacré par l'art. 29 al. 1 Cst., qui correspond à la garantie similaire que l'art. 6 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH; RS 0.101) confère à l'égard des autorités judiciaires proprement dites. Le Tribunal fédéral a précisé que le droit d'être entendu doit notamment être reconnu et respecté lorsque le juge envisage de fonder sa décision sur une norme ou un motif juridique non évoqué dans la procédure antérieure et dont aucune des parties en présence ne s'est prévaluée et ne pouvait supputer la pertinence dans le cas particulier (ATF 128 V 272 consid. 5b/bb et les références). b) Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008

consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). c) En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être

A/736/2015 - 15/17 - raisonnablement exigé de l'assuré). De jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée une décision initiale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 4.2). d) Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2).

E. 11

Lorsque le juge procède par substitution de motifs, il ne saurait se contenter - une fois constaté le caractère manifestement erroné de la décision initiale dans son ensemble - de confirmer purement et simplement en son résultat la décision de révision litigieuse. Par exemple, s'il apparaît que le versement d'une rente entière était à l'origine manifestement erroné, il doit encore examiner si la rente entière doit être supprimée ou remplacée par une demi-rente (ce raisonnement vaut pour d'autres échelonnements de rentes). Cela implique dès lors que le juge qui est appelé à statuer procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.3).

E. 12

En l'espèce, pour octroyer la rente, l'OAI s'est basé sur les rapports des médecin et psychiatre traitants du recourant. Lors des deux révisions subséquentes, il s'est également basé sur des documents médicaux dont il ressortait clairement qu'aucune amélioration n'avait été constatée. Dès lors, les décisions précédentes de l'OAI, fondées sur des documents médicaux clairs, n'étaient pas manifestement erronées, ce que l'intimé ne soutient d'ailleurs pas. Ainsi, en l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération de la décision du

E. 14

juin 2010, la rente entière d'invalidité accordée au recourant doit être maintenue. 13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision 29 janvier 2015 annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/736/2015 - 16/17 -

A/736/2015 - 17/17 - 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.