

GE_GERICHTE ATAS/943/2015 vom 26. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_943_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/943/2015 du 26 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/943/2015 del 26 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; RS 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

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 limitation dans le temps de la demi-rente d'invalidité allouée à la recourante jusqu'au 31 octobre 2012.

A/2113/2013 - 12/17 -

E. 6

Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d p. 418 et les références). 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.).

A/2113/2013 - 13/17 -

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.

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 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 (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

A/2113/2013 - 14/17 - 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 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 sied de rappeler que la question litigieuse se limite à déterminer s'il y a bel et bien eu amélioration de l'état de la recourante à compter d'août 2012. En effet, l'intimé, se basant sur le rapport du Dr H_____, considère avec ce dernier que la capacité de travail de la recourante est passée de 0% à 50% (en octobre 2011) puis à 100% dès août 2012. L'intimé, critiquant l'expertise du Dr J_____, se réfère une fois de plus à l'avis du Dr H_____. Cependant, ainsi que l'a déjà fait remarquer la Cour de céans dans son ordonnance du 22 septembre 2014, force est de constater que le Dr H_____ a basé son évaluation sur une prémisse erronée : il a considéré que l'épisode dépressif décrit comme moyen par la Dresse G_____ s'était amendé au motif que la dose d'antidépresseur avait été diminuée au mois d'août 2012. Or, la Dresse G_____ a expliqué à plusieurs reprises que la seule amélioration constatée suite à l'introduction d'un nouvel antidépresseur (cf. rapport d'octobre 2011) n'avait été que légère et n'avait duré qu'un mois (cf. rapport de mars 2012). En réalité, l'état de sa patiente était stationnaire depuis octobre 2011 (cf. rapport de mars 2012). L'incapacité de travail était inchangée depuis lors (cf. rapports d'octobre 2011, de mars 2012, de juin 2012 et audition d'octobre 2013). La modification de traitement survenue durant l'été 2012 n'était due qu'à un concours de circonstances, la recourante s'étant retrouvée à l'étranger et à cours de médicaments. La baisse de posologie considérée par le médecin du SMR comme la preuve d'une amélioration ne pouvait donc en aucun cas être interprétée comme telle. C'est principalement pour ce motif que la Cour de céans a jugé que le rapport du Dr H_____, en tant qu'il concluait à une amélioration de la capacité de travail de

A/2113/2013 - 15/17 - l'assurée, ne pouvait emporter sa conviction et s'en est écartée. Il ne s'agit ainsi donc pas de vérifier - comme le soutient à tort l'intimé - si une aggravation de l'état de l'assurée est survenue postérieurement à l'examen du médecin du SMR, mais bel et bien d'établir si l'amélioration à laquelle ce dernier a conclu peut être confirmée, alors même que le psychiatre traitant conclut sans discontinuer, depuis octobre 2011, à un état stable et à une capacité de travail inchangée. Tel était l'objectif de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, dont il convient à présent d'examiner la valeur probante. En l'occurrence, l'expertise est fondée sur une documentation complète. Elle est complète quant aux faits retenus et répond sans équivoque aux questions posées. Ont été retenus : un trouble dépressif majeur épisode isolé, sévère, sans caractéristiques psychotiques, un trouble panique avec agoraphobie, un état de stress post-traumatique et un trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques, étant précisé que seul le premier diagnostic a été jugé invalidant par l'expert. La conclusion selon laquelle ce trouble serait invalidant à 100% depuis l'accident ne saurait toutefois être suivie, l'expert n'étant pas convaincant sur ce point : d'une part, ainsi que le rappelle d'ailleurs le Dr J_____, l'assurée n'a jamais consulté sur le plan psychique avant août 2011, date à laquelle elle a été adressée pour la première fois à un spécialiste par son médecin traitant ; d'autre part, selon le psychiatre traitant lui-même, la capacité de travail est de 50% depuis octobre 2011 ; enfin, l'expert reconnaît lui-même que les données anamnestiques antérieures à son examen sont rares et lacunaires, de sorte qu'on s'étonne qu'il puisse prendre des conclusions quant à la période antérieure. En revanche, il ressort clairement de l'analyse de l'expert judiciaire que l'amélioration à laquelle a conclu le Dr H_____ - dont on a déjà expliqué pour quelles raisons l'avis était sujet à caution - ne saurait être confirmée. L'expert explique que les traitements antidépresseurs administrés n'ont permis qu'un amendement très partiel de la symptomatologie handicapante et ce, malgré une compliance avérée ; de nombreux symptômes handicapants se sont avérés rebelles au traitement, parmi lesquels une tristesse

persistante, une dévalorisation massive, une anhédonie importante, des idées noires avec velléités de mort passive, une aboulie avec perte de motivation, une perte de l'élan vital et une certaine culpabilité. Au surplus, l'expert a décrit une assurée tendue, inquiète en permanence, avec des manifestations neurovégétatives d'anxiété, notamment respiratoires ; l'expert a également mis en évidence un repli social caractérisé par une vie restreinte au minimum, contrairement au Dr H_____. L'expert a expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait pas le diagnostic d'état dépressif récurrent mais celui d'épisode dépressif isolé majeur. Il a précisé que son

A/2113/2013 - 16/17 - degré de gravité devait être qualifié de sévère voire, par moment, très sévère, lorsqu'associé à une suicidalité avec pulsions poussant l'expertisée au passage à l'acte. Il a précisé que s'il l'est désormais moins que par le passé, il reste sévère, malgré une composante moins active sur le plan suicidaire. Il a également expliqué les motifs qui l'ont en revanche conduit à nier un caractère invalidant au syndrome somatique évoqué par le psychiatre traitant en octobre 2011, de même qu'au trouble panique et au syndrome de stress post-traumatique. Il sied par ailleurs de relever que, selon l'expert, les limitations ne découlent en aucun cas d'une exagération des symptômes, ce qu'a confirmé le psychiatre traitant - qui parle d'une bonne concordance entre plaintes et observations objectives. L'expert judiciaire a décrit une assurée non revendicative et sans comportement ostentatoire. De ses développements, il convient de retenir que rien ne permet de conclure à une amélioration symptomatique durable, en particulier depuis 2012, aucune rémission significative n'ayant été démontrée. Tout comme le psychiatre traitant, l'expert conclut à un état inchangé depuis des années. En définitive, si l'on peut il est vrai émettre quelques critiques quant au rapport de l'expert et si l'on ne saurait le suivre quant à l'ampleur de l'incapacité de travail (de 0% selon lui), il n'en demeure pas moins que son analyse - corroborée par celle du psychiatre traitant - invalide l'hypothèse selon laquelle l'état de l'assurée se serait amélioré en août 2012, thèse défendue par le médecin du SMR et dont il a été précédemment été indiqué pourquoi elle n'apparaissait pas convaincante. Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que l'amélioration retenue sur la base d'éléments erronés par le Dr H_____ ne peut être confirmée, de sorte que c'est à tort que l'intimé a supprimé ses prestations au 31 octobre 2012. En ce sens, le recours sera partiellement admis et la décision 27 mai 2013 annulée en tant qu'elle limite le droit à une demi-rente au 31 octobre 2012. La recourante 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 LPG; 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/2113/2013 - 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.