

GE_GERICHTE ATAS/1008/2008 vom 15. September 2008

GE Cour de justice, 2008-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1008_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1008/2008 du 15 septembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1008/2008 del 15 settembre 2008

Erwägungen

E. 39

Le 14 décembre 2006, l'unité de chirurgie maxillo-faciale a certifié une incapacité de travail totale du 8 décembre au 22 décembre 2006.

E. 40

Le 19 décembre 2006, le service de chirurgie des HUG a rempli un rapport médical LAA attestant d'une fracture de la paroi interne de l'orbite droite le 15 octobre 2006.

E. 41

Le 19 décembre 2006, le département de chirurgie des HUG a attesté que le patient se plaignait surtout d'un problème de fatigabilité de l'œil droit avec des céphalées de l'hémicrâne à droite lors de ces moments de fatigue et proposé d'orienter le patient vers un ophtalmologue.

E. 42

Le 31 janvier 2007, la Dresse H_____, FMH ophtalmologie, a relevé que "Dans les séquelles post-traumatiques, Monsieur T_____ présente une énoptalmie relative à droite, une diplopie dans le regard vers le haut avec une certaine limitation de l'élévation et un déficit unilatéral droit à l'examen campimétrique. Pour l'instant, l'ensemble de ces séquelles relèvent uniquement d'une surveillance et ne peuvent pas être améliorées par des mesures médicales ou chirurgicales."

E. 43

Le 16 mars 2007, le Dr G_____ a attesté d'une évolution favorable à la suite de l'accident du 15 octobre 2006, avec quelques séquelles selon le rapport d'ophtalmologie. Un traitement approprié devait être proposé à l'assuré et il y avait à craindre un dommage permanent.

E. 44

Le 28 mars 2007, la Dresse H_____ a écrit au Dr D_____, médecin-conseil de la SUVA que "l'examen ophtalmique de Monsieur T_____ a mis en évidence des séquelles post-traumatiques avec notamment une énoptalmie relative à droite, une diplopie dans le regard vers le haut avec une certaine

A/1814/2008 - 7/20 - limitation de l'élévation et un déficit unilatéral droit à l'examen campimétrique. (...). Sur la base de l'examen de janvier 2007, je ne pense pas qu'il y ait de contre-indication ophtalmologique à exercer la profession de maçon tout en sachant qu'une certaine diplopie oblique existe dans le regard latéral gauche et qui ne peut être corrigée par des mesures oculaires."

E. 45

Une note téléphonique de la SUVA du 24 avril 2007 mentionne que le Dr G_____ confirme que les suites de l'accident du 15 octobre 2006 sont terminées mais qu'il existe des limitations au niveau de la main.

E. 46

Le 24 avril 2007, le Dr T. G_____ a attesté d'une incapacité de travail dès le 15 août 2006 jusqu'au 1er mai 2007. Le même jour, la SUVA a rédigé une note téléphonique indiquant que le Dr G_____ estimait que les suites de l'accident du 15 octobre 2006 étaient terminées et qu'il allait établir un certificat de reprise du travail à 100 %.

E. 47

Le 18 juin 2007, la policlinique de neurologie des HUG a diagnostiqué une hémicrânie post-traumatique droite de nature multifactorielle et proposé un traitement antalgique.

E. 48

Le 24 juillet 2007, l'assuré, représenté par une avocate, a informé l'OCAI que son employeur ne pouvait plus lui offrir un travail léger et sollicité un reclassement professionnel.

E. 49

Le 22 août 2007, l'OCAI a requis de l'assuré qu'il fournisse les faits nouveaux qui pourraient motiver une réinstruction de son cas, la décision du 24 novembre 2006 étant entrée en force.

E. 50

ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPA) (let. b). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1 LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 - RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Selon l'art. 29bis RAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'art. 29, al. 1, LAI, celle qui a précédé le premier octroi. Selon l'art. 88a RAI, 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 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 (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art.

29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). 6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant

A/1814/2008 - 14/20 - l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

A/1814/2008 - 15/20 - 7. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se

présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3). 8. a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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

A/1814/2008 - 16/20 - 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) 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). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que

leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarte 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

A/1814/2008 - 17/20 - sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) 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/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). 9. a) En l'espèce, l'intimé a rendu le 24 novembre 2006 une décision allouant une demi-rente d'invalidité au recourant du 1er juillet au 31 décembre 2005 en constatant que, depuis le 1er janvier 2006, sa capacité de travail comme maçon était de 100 %.

Cette décision est entrée en force.

La nouvelle demande déposée par le recourant doit dès lors répondre aux critères d'une demande de révision. En particulier, le recourant doit pouvoir rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision initiale du 24 novembre 2006.

b) Du point de vue de l'atteinte à la main droite, c'est à juste titre que l'intimé a nié toute aggravation dès lors que le recourant admet lui-même que la situation médicale de sa main droite n'a pas subi de modification depuis novembre 2006.

En invoquant une impossibilité d'exercer comme maçon compte tenu de cette atteinte, le recourant critique la manière dont l'intimé a, dans sa décision du 24 novembre 2006, apprécié l'impact de cette atteinte sur sa capacité de travail. Cet aspect aurait cependant dû être contesté à l'occasion d'un recours dirigé contre la décision du 24 novembre 2006. Reste au recourant la possibilité de déposer une demande de reconsidération auprès de l'intimé.

A/1814/2008 - 18/20 -

c) En revanche, le recourant a fait état d'une nouvelle atteinte survenue à la suite de l'accident du 15 octobre 2006.

L'intimé refuse de considérer les séquelles de cet accident - décrites par la Dresse H_____ et la policlinique de neurologie des HUG - comme portant atteinte à la capacité de travail du recourant au motif que les avis de la Dresse H_____ seraient contradictoires. Cet argument ne saurait être suivi. En effet, l'intimé ne peut estimer dans le même temps qu'un médecin donne des avis médicaux contradictoires et se fonder sur un de ces avis, soit en l'occurrence celui de la Dresse H_____ du 28 mars 2007, pour refuser tout droit aux prestations.

La Dresse H_____, dans son avis du 28 mars 2008, a précisé au SMR qu'elle nuance son appréciation de la capacité de travail du patient et a expliqué pour quelle raison les séquelles ophtalmologiques étaient incompatibles avec une activité de maçon. Le 29 mai 2008, elle a fait état d'un dommage ophtalmologique permanent.

Au vu de cet avis et de celui de la policlinique de neurologie des HUG, qui ne sont contredits par aucune autre pièce médicale au dossier, il convient de constater que l'instruction menée par l'intimé est insuffisante et que celui-ci se devra d'ordonner une expertise bidisciplinaire ophtalmologique et neurologique avant de se prononcer sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Au demeurant, la SUVA a indiqué au Tribunal de céans le 4 juillet 2008 que le cas du 15 octobre 2006 était toujours en cours. C'est ainsi à tort que le SMR, dans son avis du 15 avril 2008, a considéré que la SUVA avait clos son dossier le 24 avril 2007 - date qui correspond dans le dossier de la SUVA à une note suite à un entretien téléphonique avec le Dr G_____ - et estimé qu'il fallait suivre la décision de la SUVA, laquelle n'est en réalité pas encore intervenue. Enfin, il y a lieu de constater que le SMR lui-même a rendu des avis médicaux contradictoires puisque le 14 janvier 2008 il estime qu'il existe des éléments médicaux nouveaux susceptibles de provoquer des limitations fonctionnelles dans l'activité de maçon et le 15 avril 2008 que la nouvelle atteinte ophtalmologique n'a pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant. 10. a) Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui

A/1814/2008 - 19/20 - doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 500 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) et une indemnité de 2'500 fr. sera

allouée au recourant à charge de l'intimé.

A/1814/2008 - 20/20 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.