

GE_GERICHTE ATAS/151/2013 vom 12. Februar 2013

GE Cour de justice, 2013-02-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_151_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/151/2013 du 12 février 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/151/2013 del 12 febbraio 2013

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

A/1312/2012 - 7/11 - le domaine de l'assurance-invalidité. 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1er janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Interjeté dans la forme et les délais prévus par la loi (art. 56 ss LPGA), le présent recours est recevable.

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente entière de l'assurance-invalidité à compter du 1er juin 2011, en lieu et place d'un trois-quarts de rente.

E. 6

a) 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b) 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).

A/1312/2012 - 8/11 - 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. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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 351 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. Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 consid. 3b/bb). b) 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

A/1312/2012 - 9/11 - 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).

E. 8

c) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

E. 9

août 2011, et selon lesquelles l'assurée présente une capacité de travail exigible de 40% que ce soit dans l'activité habituelle de commise administrative ou dans une activité adaptée, ce depuis début juin 2011.

E. 10

L'assurée conclut quant à elle à une rente entière dès le 1er novembre 2010.

E. 11

Après avoir pris connaissance des nouvelles pièces médicales produites par l'assurée, le médecin du SMR a finalement admis qu'une aggravation de l'état de santé était survenue en avril 2012 du point de vue somatique, radiologique et psychiatrique (cf. note du 28 août 2012). L'OAI s'est dès lors déclaré prêt à reprendre l'instruction médicale du dossier

postérieurement à cette date. La Cour de céans en prend acte.

E. 12

Reste cependant à examiner si l'aggravation de l'état de santé est en réalité intervenue, non pas depuis avril 2012 seulement, mais antérieurement à la décision litigieuse rendue le 20 mars 2012.

E. 13

L'OAI a justifié son refus d'admettre une aggravation de l'état de santé antérieurement à avril 2012, en se fondant sur l'avis du médecin du SMR. Dans sa note du 28 août 2012, celui-ci s'est quant à lui référé aux constatations des Drs G_____, H_____ et B_____ pour fixer à avril 2012 la date à compter de laquelle l'état de santé de l'assurée s'est aggravé.

A/1312/2012 - 10/11 - La Cour de céans constate en effet que le Dr H_____ fait état le 29 juin 2012 d'une "aggravation récente" et précise qu'actuellement la symptomatologie s'aggrave avec, depuis deux mois, des douleurs radiculaires qui deviennent importantes. Le Dr G_____ a indiqué le 2 juillet 2012 que l'état de santé s'était aggravé depuis environ trois mois. Le Dr B_____ a également constaté le 11 juillet 2012 une aggravation, "spécialement marquée les trois derniers mois", de l'état somatique et algique dont souffre l'assurée. Force est de constater que les trois médecins partagent le même avis quant à la date à laquelle est survenue l'aggravation de l'état de santé. Il est vrai, ainsi que le relève l'assurée, que le Dr J_____ atteste en mars 2012 déjà d'une incapacité de travail entière depuis le 1er juin 2011 pour raison de maladie. Il précise s'être fondé sur les consultations des 6 avril 2011 et 28 février 2012, ainsi que sur les différents rapports médicaux du dossier. C'est toutefois l'absence d'évolution de l'état de santé de l'assurée qu'il a, en réalité, constatée lors de sa consultation de février 2012 (cf. son courrier du 5 mars 2012). Il est vrai également que dans un rapport du 2 mai 2012, le Dr B_____ a lui aussi confirmé une incapacité de travail à 100%, décrivant le parcours médical de l'assurée depuis 2005 et qualifiant son dossier de "lourd". Il a à cet égard indiqué que "nous pensons que vu la longue évolution (cela fait plus de vingt ans que la patiente souffre de lombalgies) dont on voit actuellement l'apparition de prémises d'états plus handicapants, il est exclu que la patiente puisse retravailler un jour et doit être mise au bénéfice d'une AI à 100%, comme nous l'avions déjà indiqué lors du rapport du 2 mai 2012 en accord avec les avis des Drs J_____ et D_____". Il n'en est pas moins vrai que si le Dr B_____ considère que l'incapacité de travail est depuis longtemps entière, il n'a fait état d'une aggravation que depuis avril 2012. L'aggravation de l'état de santé ne peut dès lors, au vu de ce qui précède, être retenue qu'à compter d'avril 2012.

E. 14

Il ne saurait ainsi être contesté que l'assurée présente une aggravation de son état de santé. Cette aggravation n'étant toutefois survenue qu'en avril 2012, soit après la notification de la décision du 20 mars 2012, elle ne peut être prise en considération dans le cadre du présent litige. Aussi le recours doit-il être rejeté et le dossier renvoyé à l'OAI pour instruction sur l'aggravation survenue postérieurement à mars 2012, puis notification d'une nouvelle décision.

A/1312/2012 - 11/11 - 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.