GE_GERICHTE ATAS/404/2008 vom 8. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_404_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/404/2008 du 8 avril 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/404/2008 del 8 aprile 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l’assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d’espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Ces principes de droit intertemporel commandent ainsi l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 24 mai

A/4437/2007 - 6/12 - 2006 à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne 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; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 4

a) Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont invalidantes, entraînant une incapacité totale de travail ou si elles ouvrent droit à des mesures d'ordre professionnel. b) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu’en raison de l’inactivité de l’assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d’ordre médical, dans la mesure où elles permettent d’évaluer la capacité de travail de l’intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). c) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). d) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi,

 selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). Selon ce principe, un assuré doit, avant de requérir des prestations de l'assurance- invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi l'assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, même sans réadaptation, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et elle prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art. 10 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés.

Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (cf. art. 31 al. 2 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; ATF 113 V 28 consid. 4a et les références). e) 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. Tout changement important des circonstances propre 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). 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 ; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). f) Selon l’art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l’assuré ou l’assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L’assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu’elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à l’art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. 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 la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). 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 (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc). Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre 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. 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 paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références). g) 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 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).

E. 5

En l'occurrence, l'assurance-invalidité a octroyé à l'assuré une rente entière par décision du 19 octobre 1995. Cette décision était basée sur les rapports des Drs L_____ et M_____. Selon le Dr L_____, l'incapacité de travail était totale depuis la date de l'AVC, le 19 février 1994, mais la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales (rapport du 22 août 1994). Le Dr M_____ a quant à lui indiqué que les séquelles neuropsychologiques étaient importantes, et l'assuré présentait en particulier une anosognosie partielle, c'est-à-dire une incapacité à reconnaître sa maladie ou la perte de capacités fonctionnelles (rapport du 22 septembre 1994). Lors de la procédure de révision initiée en septembre 1997, l'OCAI a interrogé les médecins traitants. Le Dr L_____ a mentionné dans un rapport du 21 octobre 1997 que l'état de santé était stationnaire et l'incapacité de travail toujours totale. Le Dr N_____ a indiqué que l'assuré avait entrepris de nouvelles études et obtenu un titre de docteur, mais il ne pouvait pas dire précisément si son patient conservait une capacité de travail de 50% ou de 100%, compte tenu des séquelles de l'accident vasculaire (rapports des 1er février 2002 et 8 octobre 2003). Dans un rapport du 6 janvier 2004, ce médecin a indiqué que l'état de santé était stationnaire et l'incapacité de travail totale depuis le 19 février 1994. Le patient présentait des troubles cognitifs et probablement une modification comportementale qui fondait

 un pronostic professionnel réservé. Il n'estimait pas son patient capable de reprendre "avec sécurité" un travail dans le circuit économique normal. Suite à ces rapports, l'OCAI a par décision du 20 janvier 2004 refusé l'octroi de mesures professionnelles à l'assuré et par communication du 21 janvier 2004 informé ce dernier qu'il maintenait son droit à la rente entière d'invalidité. Dans un rapport du 24 septembre 2004, le Dr N_____ a informé l'OCAI que les séquelles de l'accident de 1994 étaient stables et justifiaient tout à fait une incapacité totale de travail, bien que le patient souhaitât travailler, notamment pour gagner un peu d'argent. Le 19 juin 2006, ce médecin a à nouveau précisé que l'état de santé de son patient était stable depuis trois ans mais que son patient désirait reprendre une activité à 50%, démarche qu'il appuyait. Le 19 juin 2007, le Dr N_____ a rappelé que l'état de santé de l'assuré était stable, tout en précisant que la capacité de

travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Une capacité de 50% serait possible, mais l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible. Une activité en rapport avec le journalisme pouvait être envisageable. Dans un avis du 17 octobre 2007, le Dr O_____ du SMR a constaté une importante anosognosie. Selon lui, la reprise d'une activité professionnelle dans le circuit économique normal semblait tout à fait illusoire. L'incapacité de travail restait donc entière. Suite à cet avis, l'OCAI a rendu une nouvelle décision, confirmant l'octroi de la rente entière d'invalidité. Le recourant souhaite l'octroi de mesures professionnelles. Or, l'intimé s'est déjà prononcé sur cette question par décision du 20 janvier 2004, entrée en force. Ainsi, dite décision ne peut être revue que par la voie de la révision, si l'état de santé s'est modifié ou par celle de la reconsidération, si cette décision était initialement manifestement erronée. En l'occurrence, aucun des médecins interrogés ne constate d'amélioration de l'état de santé, bien que le patient ait repris des études et obtenu un titre de docteur. Les médecins traitants attestent au contraire d'un état de santé stable depuis l'AVC. D'ailleurs, seul le Dr N_____ soutient la demande de son patient s'agissant d'une reprise de travail, sans toutefois se prononcer clairement sur les limitations fonctionnelles du patient. Il explique que l'activité habituelle n'est plus possible, mais qu'une activité dans le journalisme pourrait être envisageable. Ainsi, à défaut d'une notable amélioration de l'état de santé, la décision d'octroi de rente ne saurait être revue, au profit d'une décision d'octroi de mesures professionnelles, par la voie de la révision. S'agissant d'une reconsidération, celle-ci n'est possible que si la décision initiale d'octroi de rente était manifestement erronée, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence, au vu des avis clairs et précis des médecins traitants et du SMR. Partant, il convient de constater que les décisions d'octroi de rente sont justifiées. Il y a encore lieu

 d'ajouter que rien n'empêche le recourant de rechercher un travail occupationnel ou d'appoint pour lequel il pourrait peut-être s'engager. En tout état, s'il venait à retrouver une activité rémunérée qu'il conserverait plus de trois mois, la décision de rente serait alors revue en fonction du revenu obtenu.

E. 6

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

E. 7

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, 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'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui 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). Il sera donc perçu un émolument.

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